

PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA 2009-2012

P

E

2009-2012



PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA
2009-2012

2009-2012

© **JUNTA DE EXTREMADURA, Febrero de 2009**

"Plan de Salud de Extremadura 2009-2012"

Edita: Consejería de Sanidad y Dependencia

Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación
1ª Edición, Mérida, Febrero de 2009

Deposito Legal: BA-127-09

I.S.B.N. : 978-84-96958-30-2

Director General de Planificación, Ordenación y Coordinación

José Luis Ferrer Agualeles

Equipo de redacción, coordinación y corrección:

Amador Galván, Manuel
Cordón Arroyo, Ana María
Ferrer Agualeles, José Luis
Granado Rico, Eva
Iglesias Gaspar, María Teresa
Molina Alén, Estefanía
Molina Barragán, Eugenio
Molinero San Antonio, Eva María
Ruiz Muñoz, Eulalio
Tomé Pérez, Yolanda
Zarallo Barbosa, Tomás

Otros coautores/colaboradores:

Todas las personas cuyos nombres figuran en el apartado de Anexos, bajo el título colaboradores

Apoyo administrativo:

García Solana, Diego
López Rodríguez, Inés
Miñambres Marcos, María Montserrat
Regalado Domínguez, José Antonio

Diseño e impresión:

INDUGRAFIC, Artes Gráficas S.L. (Badajoz)

PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA

2009-2012

ÍNDICE

PRÓLOGO	11
PRESENTACIÓN	15
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	19
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD	29
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	41
1. Características demográficas	43
1.1. Estructura de la población	43
1.2. Envejecimiento y dependencia demográfica	48
1.3. Evolución de la fecundidad	51
1.4. Migraciones	55
1.5. Esperanza de vida al nacer	61
2. Salud percibida	63
2.1. Estado de salud percibido en población adulta	63
2.2. Estado de salud percibido en población infantil	69
3. Mortalidad	72
3.1. Mortalidad general	72
3.2. Mortalidad por edad y género	75
3.3. Series históricas de mortalidad registrada	85
3.4. Años potenciales de vida perdidos	86
4. Morbilidad	88
4.1. Enfermedades de declaración obligatoria	88
4.2. Sistema de información microbiológica	93
4.3. Morbilidad hospitalaria general	95
4.4. Morbilidad de las principales patologías	102
4.5. Patología de salud mental	106
4.6. Infección VIH/sida	111
4.7. Detección precoz de las minusvalías	114
4.8. Enfermos renales en tratamiento renal sustitutivo	117
4.9. Interrupciones voluntarias del embarazo	117
4.10. Accidentes	119
4.11. Maltratos y violencias	132
4.12. Enfermedades profesionales	139
4.13. Enfermedades raras	144
5. Estilos de vida relacionados con la salud	147
5.1. Hábitos no saludables. Consumo de sustancias	147
5.2. Hábitos sexuales	155

5.3. Hábitos alimentarios.....	156
5.4. Práctica de ejercicio	158
5.5. Exceso de peso.....	161
6. Salud y medio ambiente.....	163
6.1. Agua de consumo humano	163
6.2. Zonas de baño naturales.....	166
6.3. Piscinas de uso colectivo.....	168
6.4. Prevención de la legionelosis.....	170
6.5. Seguridad química.....	172
6.6. Contaminación acústica	175
6.7. Contaminación atmosférica.....	176
6.8. Contaminantes radiológicos	178
6.9. Residuos urbanos.....	179
6.10. Red extremeña de ciudades saludables y sostenibles	181
7. Seguridad alimentaria	182
7.1. Toxiinfecciones alimentarias	182
7.2. Alertas alimentarias	183
7.3. Vigilancia y control de aguas de bebida envasadas.....	186
7.4. Investigación de agentes zoonóticos	187
7.5. Encefalopatías espongiiformes transmisibles.....	192
7.6. Higiene alimentaria	196
8. Aspectos socioeconómicos.....	203
8.1. Mercado de trabajo	203
8.2. Macromagnitudes básicas	204
8.3. Estructura familiar.....	206
8.4. Educación	207
8.5. Nivel y calidad de vida	208
9. Sistema sanitario.....	210
9.1. Servicios sanitarios	210
9.2. Ordenación sanitaria	211
9.3. Recursos sanitarios y actividad asistencial	214
9.4. Accesibilidad	242
9.5. Banco de Sangre de Extremadura.....	244
9.6. Trasplantes de órganos.....	246
9.7. Salud bucodental	248
9.8. Cuidados paliativos	250
9.9. Dolor.....	252
9.10. Alojamiento de familiares de pacientes	255
9.11. Satisfacción de los usuarios	257
9.12. Gasto sanitario.....	269
9.13. Medicamentos de uso humano	271
10. Planes y programas de salud.....	273
10.1. Salud de la mujer.....	273
10.2. Salud infantil.....	277
10.3. Inmunizaciones preventivas.....	279
10.4. Educación para la salud.....	282

11. Atención sociosanitaria	287
11.1. El espacio sociosanitario.....	287
11.2. Aspectos generales de la atención sociosanitaria	288
11.3. Recursos sociales	298
12. Gestión del conocimiento	302
12.1. Formación	302
12.2. Investigación	307
12.3. Documentación científica.....	308

CAPÍTULO IV. EJES ESTRATÉGICOS Y ÁREAS DE INTERVENCIÓN.....309

I EJE ESTRATÉGICO: LOS PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES Y EMERGENTES EN EXTREMADURA	311
II EJE ESTRATÉGICO: PROTECCIÓN Y MEJORA DEL ESTADO DE SALUD DE TODOS	312
III EJE ESTRATÉGICO: LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA	313

CAPÍTULO V. OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN.....315

I EJE ESTRATÉGICO: LOS PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES Y EMERGENTES EN EXTREMADURA	317
1. Enfermedades cardiovasculares.....	319
2. Cáncer	325
3. Salud mental.....	332
4. Drogodependencias y otras conductas adictivas	338
5. Accidentes y violencias.....	341
6. Enfermedades respiratorias crónicas.....	362
7. Enfermedades endocrinometabólicas.....	372
8. Enfermedades infecciosas	380
9. Enfermedades raras.....	399
10. Zoonosis.....	404
II EJE ESTRATÉGICO: PROTECCIÓN Y MEJORA DEL ESTADO DE SALUD DE TODOS	413
11. Promoción de la salud. Educación para la salud	415
12. Seguridad alimentaria y consumo saludable	425
13. Salud medioambiental	433
14. Seguimiento y control del estado de salud: salud infantil y del adolescente, salud de la mujer, salud del adulto y salud del mayor	438
15. Salud laboral	456
III EJE ESTRATÉGICO: MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA	461
16. Organización sanitaria. Modelo integrado de salud	463

17. Sistema de información sanitaria.....	493
18. Gestión del conocimiento	502
CAPÍTULO VI. EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD.....	511
1. Seguimiento desde la Oficina del Plan de Salud	513
2. Evaluación de los objetivos.....	514
3. Evaluación de las líneas de actuación	528
CAPÍTULO VII. FINANCIACIÓN	529
1. Gasto en salud	531
2. Memoria económica del Plan de Salud de Extremadura	534
3. Financiación del Sistema Sanitario Público de Extremadura y del Plan de Salud	536
ANEXOS	539
1. Convergencia del Plan de Salud con otros Planes y Programas de la Junta de Extremadura	541
2. Decreto 138/2008, de 3 de julio, por el que se establecen las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura	544
3. Referencias bibliográficas	554
4. Abreviaturas utilizadas	558
5. Colaboradores.....	563
5.1. Comité Técnico del Plan de Salud de Extremadura 2009-2012	563
5.2. Consejo Extremeño de Salud	563
5.3. Consejo Científico-Asesor del Sistema Sanitario Público de Extremadura.....	563
5.4. Grupos de trabajo de expertos	563
5.5. Sección del Plan de Salud de Extremadura.....	568
5.6. Equipo de redacción, coordinación y corrección	568
6. Otros participantes	569

The image features a large, stylized logo in shades of gold and brown. It consists of a large, bold letter 'P' on the left and a large, bold letter 'E' on the right, both contained within square frames. A thick, wavy line curves between the two letters, creating a sense of movement or a bridge. The entire logo is set against a white background.

PRÓLOGO

2009-2012

PRÓLOGO

En el desarrollo de la política sanitaria de nuestra Comunidad Autónoma, el Plan de Salud de Extremadura ha constituido desde el año 1997, un instrumento que nos ha permitido avanzar con coherencia, en la consolidación de un Sistema Sanitario Público potente y en el abordaje de estrategias multisectoriales encaminadas a promover y proteger la salud de los ciudadanos extremeños.

En esta nueva edición del Plan de Salud de Extremadura, se concentran las actuaciones, que a lo largo del periodo 2009-2012, deben llevarse a cabo para hacer frente a los problemas de salud de mayor impacto sobre la sociedad, asegurando, de esta manera, la consolidación hacia la mejora de los cambios en los patrones epidemiológicos de enfermedad, mortalidad y calidad de vida en Extremadura. También establece actuaciones relacionadas con los servicios sanitarios, en aras a mejorar la calidad y la accesibilidad de los mismos.

Atiende a las necesidades de salud de mayor prioridad, como son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la salud mental, las drogodependencias y otras conductas adictivas, los accidentes y violencias, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la diabetes, las enfermedades infecciosas, las enfermedades raras y las zoonosis.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en Extremadura, mientras el cáncer, segunda causa global de mortalidad, es responsable de la mayor cantidad de años potenciales de vida perdidos. Varios son los aspectos fundamentales en los que debemos seguir incidiendo respecto a ambas: la prevención de sus factores determinantes, el diagnóstico precoz, la mejora de la eficacia de los servicios sanitarios diagnósticos y terapéuticos, y la consolidación de la oferta de cuidados a las personas que lo necesitan.

La salud mental continúa siendo una prioridad, por el incremento de su incidencia y prevalencia, y por el importante impacto individual y social. Los accidentes (de tráfico y de trabajo) y las violencias suponen un grave impacto en la salud y calidad de vida de los ciudadanos, constituyendo los primeros de ellos, la mayor causa de pérdida de productividad (mortalidad) e incapacidad permanente, al afectar especialmente a sujetos en edades productivas; siendo, además, causa importante de años de vida potenciales perdidos y provocando un impacto social y económico de primer orden sobre la población.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una patología que constituye un problema sanitario importante en Extremadura, por ser frecuente entre los extremeños mayores de 40 años de edad y poder prevenirse y tratarse eficazmente. La diabetes mellitus constituye un problema social y sanitario por su elevada prevalencia y por el impacto sobre la cantidad y calidad de vida, además del intenso consumo de recursos sanitarios que conlleva.

Además, las enfermedades infecciosas, las zoonosis y las enfermedades raras, son otras de las áreas prioritizadas que completan el eje estratégico que aborda los problemas de salud prevalentes y emergentes en

Extremadura. Todos ellos contemplan líneas prioritarias que deben desarrollarse o consolidarse, para reducir los riesgos y aumentar las oportunidades, de tal forma que la política sanitaria siga contribuyendo de forma decisiva a la mejora del bienestar, de la calidad de vida y de la cohesión social.

El Plan aborda de forma especial estrategias dirigidas a la protección y promoción de la salud. Se trata de mejorarla a través de reducir los riesgos para la salud con actuaciones específicas sobre el medio laboral, el medio ambiente, la seguridad alimentaria y el control de la salud de la población, otorgando particular atención a la promoción de los estilos de vida saludables e impulsando estrategias de educación para la salud. Además, promoviendo la mejora del estado de salud del niño, del adolescente, de la mujer, del adulto y de los mayores.

Desde la perspectiva de la organización del Sistema Sanitario, ésta estará orientada hacia la satisfacción de los ciudadanos, de forma que sea capaz de generar salud para todos los extremeños, primando los objetivos de calidad de sus centros, servicios y prestaciones, y el avance en la mejora continua de la gestión de los procesos de atención sanitaria.

En definitiva, el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* se encuentra abierto a las nuevas exigencias y oportunidades que se planteen en los años venideros, siendo en todo momento un instrumento que posibilitará instaurar políticas que satisfagan las expectativas de la sociedad.

Esperamos que el presente Plan de Salud, respuesta estratégica a las políticas de salud de la Junta de Extremadura y consecuencia de la escucha activa de los expertos y de la sociedad, contribuya de forma eficiente a lograr mayores niveles de salud y bienestar a todos los ciudadanos extremeños.

María Jesús Mejuto Carril
Consejera de Sanidad y Dependencia



PRESENTACIÓN

2009-2012

PRESENTACIÓN

El Plan de Salud de Extremadura constituye un instrumento esencial para la política sanitaria en Extremadura, al orientar y especificar las directrices más relevantes que deben ser desarrolladas para mejorar la salud de la población extremeña.

Así lo establece la Ley de Salud de Extremadura aprobada por la Asamblea de Extremadura en 2001. Su relevancia viene dada por constituirse en instrumento público a través del cual la Junta de Extremadura explica a todos los sectores de la población, las actuaciones previstas en la mejora de la salud de la comunidad, y establece compromisos explícitos para llevar a cabo el mejor uso de los recursos públicos.

Como máxima expresión de las políticas sanitaria y de salud de la Junta de Extremadura, busca la convergencia y el establecimiento de sinergias con cualquier otro instrumento de planificación con impacto en la salud y, en particular, con la planificación estratégica en el Servicio Extremeño de Salud. De esta manera, pretende contribuir a crear una red de intervenciones coordinadas que dé consistencia, coherencia y solidez a las políticas con impacto en la salud de los extremeños. En este aspecto, su principal característica es el valor que le otorga a la intersectorialidad a la hora de proponer múltiples medidas que sobrepasan el ámbito de actuación estrictamente sanitario, necesarias para propiciar mejoras de la salud estables en la comunidad.

Con la presente publicación, nos encontramos ante el cuarto Plan de Salud de Extremadura, un documento de planificación estratégica donde, partiendo de un exhaustivo análisis de situación, se formulan objetivos que comprometen a los servicios sanitarios y a otros departamentos de las Administraciones públicas, y que están dirigidos tanto a la intervención frente a problemas de salud específicos, como a dar respuestas a necesidades asistenciales y de la organización sanitaria, mediante la mejora de las estructuras y procesos de atención del órgano gestor del Sistema Sanitario Público de Extremadura

En consecuencia, el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, constituye una traducción de las políticas de salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura para los próximos cuatro años, en unos términos que facilitan un desarrollo táctico por parte de muy diferentes agentes, no siempre situados en el Sistema Sanitario.

La experiencia acumulada en la elaboración y en la aplicación de los tres Planes de Salud anteriores, el trabajo continuado con los profesionales y las instituciones implicadas, el proceso de análisis de situación llevado a cabo y los resultados de su seguimiento y evaluación, entre otros, han servido de base para la elaboración de las propuestas recogidas a lo largo de las 18 Áreas de Intervención.

El *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* sitúa a los ciudadanos y su salud como centro de todas las actuaciones, establece a los profesionales como los protagonistas de los cambios propugnados, y

todas las actuaciones contempladas han sido definidas con dos premisas: su pragmatismo y la evidencia científica.

La equidad en la orientación de los recursos públicos y la reducción de las desigualdades presiden un buen número de objetivos del Plan de Salud.

Como resultado final, el Plan de Salud nos ofrece una hoja de ruta que nos guía por las grandes estrategias y actuaciones, tanto del Sistema Sanitario Público de Extremadura, como de un importante número de instituciones y agentes sociales relacionados con la promoción y el mantenimiento de la salud de la población extremeña.

Se estructura en tres ejes estratégicos definidos por: los problemas de salud prevalentes y emergentes en la Comunidad Autónoma de Extremadura (enfermedades cardiovasculares, cáncer, salud mental, drogodependencias y otras conductas adictivas, accidentes y violencias, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades endocronometabólicas, enfermedades infecciosas, enfermedades raras y zoonosis); la protección y mejora del estado de salud de todos (promoción de salud, educación para la salud, seguridad alimentaria y consumo saludable, salud medioambiental, seguimiento y control del estado de salud y salud laboral); y la mejora continua de la calidad de la atención sanitaria (organización sanitaria, modelo integrado de salud, sistema de información sanitaria y gestión del conocimiento).

En su redacción se ha asegurado la coherencia con el marco legislativo y científico, al tiempo que se ha buscado el consenso y la comunicación entre las personas responsables de su elaboración, los expertos invitados y los directivos de las instituciones implicadas. Se ha llevado a cabo de forma transparente, participada, con una reconocida metodología de trabajo, que permite defender de forma rotunda las tomas de decisión.

Contiene propuestas estratégicas definidas en objetivos y actuaciones, que trabajadas con seriedad y rigor, han sido ampliamente divulgadas y debatidas en el seno de la comunidad.

Finalmente, su redacción definitiva ha sido sometida al cumplimiento de criterios como la factibilidad, el pragmatismo y la evidencia científica de las actividades propuestas.

Como responsable de su elaboración, quiero mostrar mi agradecimiento a todas cuantas personas e instituciones han hecho posible culminar su redacción, y que con su generosa y cualificada ayuda, nos hicieron más fácil la tarea encomendada.

José Luis Ferrer Agualeles
Director General de Planificación,
Ordenación y Coordinación



CAPÍTULO I
Introducción

2009-2012

I. MARCO NORMATIVO

CAPÍTULO

El primer antecedente legal en España en relación con los Planes de Salud, se sitúa en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. La Ley General de Sanidad prevé en su artículo 70 y siguientes, la aprobación de planes de salud por parte del Estado y las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias y, en su artículo 74, del Plan Integrado de Salud, que recogerá en un único documento los Planes estatales, los Planes de las Comunidades Autónomas, y los Planes conjuntos, teniendo en cuenta los criterios de coordinación general sanitaria.

El Estatuto de Autonomía de Extremadura, atribuye a la Comunidad Autónoma las competencias de desarrollo legislativo y ejecución en materia de sanidad e higiene, centros sanitarios y hospitalarios públicos, y coordinación hospitalaria en general.

La Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, estableció un nuevo marco de ordenación para la sanidad pública extremeña, definiendo el Sistema Sanitario Público de Extremadura como parte integrante del Sistema Nacional de Salud, así como la creación del Servicio Extremeño de Salud, como Organismo Autónomo de carácter administrativo.

La Ley de Salud de Extremadura enuncia que corresponde a la Consejería de Sanidad la elaboración del Plan de Salud de Extremadura, y su aprobación, al Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura. Dispone, además, que la Consejería de Sanidad dictará o, en su caso, instará la realización de las normas y el plazo para la elaboración del Plan de Salud. Para su elaboración, establece que todos los departamentos de la Administración de la Comunidad Autónoma, de las Instituciones Sanitarias, así como los correspondientes de las Corporaciones Locales, vendrán obligados a prestar la debida colaboración para la elaboración del Plan, suministrando datos, facilitando información y prestando la asistencia que se demande por la Autoridad sanitaria.

La Ley de Salud configura el Plan de Salud como el instrumento estratégico de planificación y coordinación de las actividades de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y de asistencia sanitaria de todos los sujetos, públicos y privados, integrantes del Sistema Sanitario Público de Extremadura, a fin de garantizar que las funciones del mismo se desarrollen de manera ordenada, eficiente y efectiva.

La coordinación, el seguimiento y la evaluación continuada del Plan, son concebidos como pilares fundamentales del mismo, representando un ejercicio de planificación continuada, dado que los resultados obtenidos pueden ser incorporados, al análisis de

CAPÍTULO

situación y a la definición de objetivos e intervenciones de posteriores periodos de planificación sanitaria.

Más recientemente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, configura el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud.

Establece como principal instrumento de configuración del Sistema Nacional de Salud, el Consejo Interterritorial, que contará entre sus funciones de asesoramiento, planificación, y evaluación en el Sistema Nacional de Salud, con la evolución de los Planes Autonómicos de Salud y la formulación de los Planes Conjuntos y del Plan Integral de Salud, referidos en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

La Ley 3/2005, de 8 de julio, de Información Sanitaria y Autonomía del Paciente, de la Comunidad Autónoma de Extremadura, garantiza el derecho a la protección de la salud con pleno respeto a los derechos fundamentales de información, honor e intimidad consagrados constitucionalmente, y el principio de autonomía de la voluntad del paciente, en un marco que potencie la participación activa de los ciudadanos, de los profesionales y de las instituciones sanitarias para la consecución de una mejora continua en la atención sanitaria.

La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en su artículo 27 recoge la integración del principio de igualdad en la política de salud (garantizando la igualdad de derecho a la salud de mujeres y hombres en los objetivos y actuaciones de política de salud) y la perspectiva de género (integrando en la formulación, desarrollo y evaluación de las políticas de salud, las distintas necesidades de mujeres y hombres, y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente). Esta Ley Orgánica modifica la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, e introduce un nuevo apartado 4 en su artículo 3, en el que las políticas, estrategias y programas de salud deben integrar activamente en sus objetivos y actuaciones dicho principio, sin discriminaciones derivadas de diferencias físicas o estereotipos sociales asociados.

Todo el contenido del presente Plan está ajustado y tiene en cuenta, sin excepción, la perspectiva de género, aplicando en todo momento el principio de igualdad de trato para mujeres y hombres, amoldándose su redacción a lo dispuesto en la Gramática de la Lengua Española de la Real Academia Española.

Según recogen los objetivos generales del Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2007-2010, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, es necesario adecuar las políticas públicas, y entre ellas la salud, a las nuevas necesidades que origina la presencia de inmigrantes. Esta adecuación ha de ser tanto cuantitativa como cualitativa, para gestionar adecuadamente la diversidad de las nuevas demandas e incorporar las competencias interculturales necesarias.

Por último, el Decreto 138/2008, de 3 de julio, establece las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*.

2. LA SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

El concepto de salud ha superado la idea referida al bienestar físico, psíquico o social. Tampoco es ya un resultado biológico. La salud es un producto social, por lo tanto dinámico. Desde esta perspectiva, la salud viene a ser el resultado de determinantes tales como la biología humana, el medio ambiente, el sistema sanitario y en la mayoría de los casos, de los estilos de vida. La interacción entre todos estos determinantes es la que va a determinar cuáles van a ser los resultados de salud (medidos en forma de calidad de vida, de enfermedad y de muerte) en un futuro próximo.

La salud es, además, un derecho inalienable del ser humano. En cuanto ser llamado a la felicidad, éste tiene el derecho propio de alcanzar y mantener un estado de salud que le permita desarrollarse como persona.

La salud de la población no es sólo un asunto de política sanitaria. Otras políticas son también determinantes, por lo que el desarrollo de sinergias con otros sectores es crucial para una respuesta sólida en la mejora del nivel de salud de una población.

Esta conceptualización está de acuerdo con la propuesta por la Organización Mundial de la Salud en su “Estrategia Salud XXI”. Supone que para mejorar los niveles de salud de la población se deben llevar a cabo acciones multisectoriales que traten: de asegurar más equidad; de crear un medio ambiente saludable que no ocasione riesgos para la salud; de fomentar la promoción de patrones de conducta individuales más saludables; y de orientar los servicios de salud para que respondan a las necesidades de la población asegurando la accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios y creando vías para la participación de la comunidad, y el desarrollo de infraestructuras de información e investigación que apoyen el progreso.

CAPÍTULO

El *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, inscribe la salud en el orden del día de los responsables, políticos o no, de distintos sectores (medioambiente, agricultura, educación, cultura, trabajo, transporte, salud, etc.), a través del desarrollo de estrategias con consecuencias sobre la salud de los extremeños.

3. COMPROMISO POLÍTICO

El *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, constituye el instrumento básico para orientar el desarrollo de la política sanitaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

En base al compromiso político de la Junta de Extremadura en materia de Sanidad y Salud, se ha diseñado como un instrumento estratégico de planificación y coordinación de las actividades de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y de asistencia sanitaria de todos los sujetos, públicos y privados integrantes del sistema sanitario, a fin de garantizar que las funciones del mismo se desarrollen de manera ordenada, eficiente y eficaz, con la expresión de importantes retos que trascienden e involucran a sectores sociales, profesionales y políticos. Unos retos que van, desde la actuación sinérgica de las Administraciones Públicas, garantizando la eficiencia en la aplicación de intervenciones sobre los problemas de mayor prioridad, hasta la búsqueda de la efectividad en las actuaciones del sistema sanitario, pasando por el reconocimiento por parte del ciudadano del propio nivel de responsabilidad sobre la conservación de la salud.

En síntesis, el Plan de Salud tiene la misión de desarrollar las metas políticas del Ejecutivo autonómico, a través de objetivos descodificados en actuaciones priorizadas por su coste-efectividad y por la evidencia científica. Orienta los cambios, preparándonos para escenarios futuros.

4. ORIENTACIÓN Y OBJETIVOS GENERALES

Como orientación general del Plan de Salud, está el centrarse en la mejora de la calidad de la atención al ciudadano (asistencial y de protección de la salud) y de sus expectativas y derechos.

Esta orientación conlleva a: mejorar los cuidados en los procesos prioritarios; incidir en la prevención colectiva; promover la salud desde la mejora de los estilos de vida; mejorar de forma continua el sistema sanitario; atender a la organización e interrela-

ción entre los actores del sistema (directores, gestores y profesionales), que permitan un servicio coste-efectivo; y buscar la corresponsabilidad de los ciudadanos.

Como objetivos generales del *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, se mantienen los siguientes:

- Prolongar la duración y la calidad de la vida (añadir años a la vida y vida a los años).
- Reducir las desigualdades en la salud, garantizando la equidad y la solidaridad del sistema.
- Garantizar la eficiencia de los servicios sanitarios.

5. PRINCIPIOS DEL PLAN DE SALUD

De conformidad con el Decreto 138/2008, de 3 de julio, que establece las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, los principios que se han tenido en cuenta en el enunciado del presente Plan de Salud, han sido los siguientes:

- a) La adecuación a los objetivos de la política socioeconómica y de bienestar social de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- b) El establecimiento de indicadores o criterios básicos y comunes que favorezcan la ordenación y coordinación sanitaria, y posibiliten evaluar las necesidades de recursos, así como el inventario de los mismos.
- c) El mantenimiento de un marco de actuaciones conjuntas para alcanzar un sistema sanitario equitativo y armónico, basado en la concepción integral de la salud.
- d) La elaboración de criterios básicos y comunes de evaluación de la eficacia y eficiencia del Sistema Sanitario Público de Extremadura.
- e) La definición de objetivos que permitan garantizar la igualdad de derecho a la salud de mujeres y hombres y sus distintas necesidades.

Todos ellos, han sido complementados por otros dos principios básicos: situar a los ciudadanos y su salud, como centro de todas las actuaciones y establecer a los profesionales como los protagonistas de los cambios propugnados.

Además, se han tenido en cuenta los criterios generales de coordinación sanitaria contemplados en el artículo 70.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, para su inclusión en el Plan Integrado de Salud, la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, así como los artículos 64, 71 y 76 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad.

CAPÍTULO**6. ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO**

El *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, teniendo en cuenta el proceso lógico de la planificación y el ofrecer un sencillo manejo del mismo por parte de los profesionales, los gestores y la población interesada, se ha estructurado en los siguientes Capítulos:

1. Introducción
2. Metodología de elaboración del Plan de Salud
3. Análisis de la Situación
4. Ejes Estratégicos y Áreas de Intervención
5. Objetivos y Líneas de Actuación
6. Evaluación del Plan de Salud
7. Financiación
8. Anexos

El Capítulo I, dedicado a la Introducción, ofrece una orientación básica al lector sobre el contenido del documento. Recoge desde la definición del marco normativo básico que se ha tenido en cuenta para su elaboración, hasta su publicación y desarrollo, pasando por definir los objetivos generales, los principios o el enunciado de la estructura final del documento.

El Capítulo II está dedicado a explicitar la Metodología de elaboración del Plan. Recoge, de forma somera, el proceso seguido en su elaboración, que ha venido presidido por la participación de los sectores profesionales, sociales y políticos.

El Análisis de la Situación de salud y de servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura, es sintetizado en el Capítulo III. En el mismo, de forma sencilla, se plasma el trabajo de recogida, interpretación y análisis de la información más reciente disponible sobre las características de la población, su estado de salud, los factores condicionantes y la oferta y características más destacables de los servicios sanitarios y sociosanitarios disponibles en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

En el Capítulo IV se explicitan de forma esquemática los tres Ejes Estratégicos del Plan de Salud y las áreas de intervención que se consideran prioritarias para el periodo 2009-2012, y sobre las que se enuncian los objetivos y estrategias a implantar en el apartado siguiente.

El Capítulo V contempla los Objetivos y Líneas de Actuación. Para cada una de las áreas de intervención priorizadas previamente, se fijan unos objetivos estratégicos a

CAPÍTULO

alcanzar para mejorar el estado de salud (mortalidad, morbilidad, incapacidad), reducir el riesgo de enfermar o mejorar la respuesta de los servicios sanitarios.

Junto a los Objetivos del Plan, se establecen las Líneas de Actuación en materia de promoción y prevención, asistencia, coordinación y medidas de apoyo (sistemas de información sanitaria, formación, investigación en salud y participación comunitaria).

La Evaluación del Plan de Salud se recoge en el Capítulo VI. Aborda el seguimiento de las actuaciones previstas por parte de la Oficina del Plan, el grado de cumplimiento de los objetivos a través de un conjunto de indicadores definidos, y la evaluación de las diferentes Líneas de Actuación relacionadas con cada uno de ellos. Esta actividad permitirá conocer el estado de la situación y los progresos conseguidos en el cumplimiento de los respectivos objetivos.

El Plan cuenta con un Capítulo VII dedicado a la Financiación del mismo. En él se establece que para cada Ejercicio Presupuestario, las Unidades de Gasto correspondientes, deben incluir en su propuesta presupuestaria la correspondiente a aquellas actuaciones comprometidas en el Plan de Salud.

Finalmente, en los Anexos se enumeran datos de interés sobre: Convergencia del Plan de Salud de Extremadura con otros Planes y Programas de la Junta de Extremadura; el Decreto 138/2008, de 3 de julio, que establece las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*; las referencias bibliográficas; las abreviaturas utilizadas; y los colaboradores en el proceso de elaboración.

7. PUBLICACIÓN

Tras la aprobación del *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, en aras de la transparencia y accesibilidad que debe presidir la actuación de las Administraciones Públicas, se procederá a su edición, de forma razonablemente accesible para el público en general.

Se pondrá en marcha una estrategia de presentación y difusión del contenido del Plan entre los profesionales. Se publicará en formatos papel y CD, distribuyéndose a todos los centros y servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura y entidades afectadas.

CAPÍTULO**8. DESARROLLO Y SEGUIMIENTO**

En un porcentaje elevado, su instrumentación requerirá la necesidad de vincularlo a la compra de servicios a través de los Contratos Programa con el Servicio Extremeño de Salud. Además, se deberán desarrollar otras actividades a nivel de la Consejería de Sanidad y Dependencia, de otras Consejerías de la Junta de Extremadura, de otras instituciones y de elaborar estrategias conjuntas del Sistema Sanitario Público de Extremadura con otros departamentos, ayuntamientos y/o instituciones.

Para que ejerza la máxima influencia y se garantice su efectividad, se procurará involucrar a los planificadores, directivos, gestores y profesionales sanitarios de los diferentes niveles de atención en su desarrollo y aplicación.

La máxima responsabilidad del desarrollo y seguimiento del Plan de Salud recaerá sobre la Consejería de Sanidad y Dependencia. El seguimiento permitirá la verificación y actualización de los contenidos del Plan.

En cada uno de los objetivos estratégicos del Plan existe un órgano responsable de promover su consecución y de dar cuenta de las estrategias emprendidas para la misma. Además, en cada línea de actuación, existen responsables de promover las actividades.

También se cuenta con el Comité Técnico del Plan de Salud, creado mediante el Decreto 138/2008, de 3 de julio, por el que se establecen las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, quien tiene entre otras funciones, las de favorecer el normal desarrollo del Plan de Salud, facilitar su conocimiento y dar soporte a la actividad de coordinación interinstitucional, necesaria para la elaboración, implantación y desarrollo del mismo.

9. FINANCIACIÓN

Los gastos generados como consecuencia de la aplicación del *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, se acometerán desde las partidas presupuestarias establecidas en los Presupuestos Generales anuales de la Comunidad Autónoma de Extremadura, establecidas por la Asamblea de Extremadura para el conjunto de la Consejería de Sanidad y Dependencia, y de aquellas Consejerías que pudiera corresponderles por razón de la materia.



CAPÍTULO II

Metodología de elaboración del Plan de Salud

2009-2012

La Consejería de Sanidad y Dependencia (CSD) tiene la responsabilidad, dentro del marco competencial de la Junta de Extremadura, a través de la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación, entre otras, de las siguientes funciones: de la ordenación sanitaria, de la planificación sanitaria y definición de los planes integrales frente a diferentes problemas de salud, y de la elaboración y seguimiento del Plan de Salud de Extremadura.

La Comunidad Autónoma de Extremadura ha elaborado cuatro planes de salud desde el año 1996, fecha en que se comienza la elaboración del primer Plan de Salud, que entró en vigor en el año 1997. Desde entonces, con periodicidad cuatrienal, ha desarrollado los sucesivos planes. El anterior Plan, correspondiente al periodo 2005-2008, fue el primero que se elaboró después de la asunción de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, y por tanto, con todas las competencias sanitarias.

Los planes de salud elaborados por la Comunidad Autónoma, no han sido planes exclusivamente sanitarios, sino que nacieron con la vocación de implicar a todos los sectores o departamentos cuyas políticas podían influir en el mantenimiento y mejora del estado de salud, tanto individual como colectiva, tales como educación, políticas sociales, de igualdad y empleo, de la mujer, de la infancia, medio ambiente, etc., y que propiciaban la participación de los profesionales que trabajaban en el ámbito de la salud, de asociaciones y sociedades de pacientes y profesionales, agentes sociales, y como punto de encuentro de los ciudadanos, como usuarios en unos casos, como pacientes, en otros, y formando parte de los órganos de participación legalmente constituidos.

El presente Plan, se elabora en un momento de finalización de importantes inversiones en infraestructuras e implantación de tecnologías iniciadas tras las transferencias sanitarias, y que van a suponer un salto cualitativo en la atención sanitaria, basada en una mayor calidad de los servicios y prestaciones por parte del Sistema Sanitario Público de Extremadura (SSPE).

Las normas para la elaboración, seguimiento y evaluación del *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, están reguladas por el Decreto 138/2008, que determina también los órganos administrativos de su control y seguimiento, según se establece en el Título II de la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura.

En la elaboración del Plan de Salud de Extremadura, además de la normativa sanitaria específica que contempla las competencias en planificación sanitaria, tanto estatal como autonómica y la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres, se han tenido en cuenta los siguientes principios:

CAPÍTULO

- a) La adecuación a los objetivos de la política socioeconómica y de bienestar social de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- b) El establecimiento de indicadores o criterios básicos y comunes que favorezcan la ordenación y coordinación sanitaria, y posibiliten evaluar las necesidades de recursos, así como el inventario de los mismos.
- c) El mantenimiento de un marco de actuaciones conjuntas para alcanzar un sistema sanitario equitativo y armónico, basado en la concepción integral de la salud.
- d) La elaboración de criterios básicos y comunes de evaluación de la eficacia y eficiencia del Sistema Sanitario Público de Extremadura.
- e) La definición de objetivos que permitan garantizar la igualdad de derecho a la salud de mujeres y hombres y sus distintas necesidades.

El Plan de Salud de Extremadura incluye el análisis de la situación de salud y de los recursos relacionados con la salud, valorando la situación inicial, un diagnóstico de los problemas y necesidades sanitarias, y la priorización de las áreas de intervención teniendo en cuenta la magnitud, el impacto social y la vulnerabilidad del problema o necesidad; la determinación y priorización de los objetivos a alcanzar; la definición de las actuaciones y programas a realizar para cada uno de los objetivos, así como los criterios de evaluación; y las previsiones económicas y financiación de las actividades propuestas.

Tomando en consideración el contenido del plan, anteriormente expuesto, a continuación se definen las fases del proceso de elaboración así como el marco participativo.

I. FASES DE ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD

Las fases en que está estructurado el Plan de Salud, de acuerdo con su contenido se definen a continuación:

- a) Fase de análisis de situación de salud, de servicios y de recursos sanitarios empleados.
- b) Fase de priorización y establecimiento de las áreas de intervención, teniendo en cuenta su magnitud, impacto social y vulnerabilidad del problema o condicionante de salud.
- c) Fase de determinación de objetivos, definición de líneas de actuación y programas a desarrollar.
- d) Fase de elaboración de las previsiones económicas y mecanismos de financiación.

A) FASE DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD, DE SERVICIOS Y DE RECURSOS RELACIONADOS CON LA SALUD EMPLEADOS

Esta fase es la primera del proceso de elaboración, en la que se estudiaron las características demográficas y socioeconómicas de la Comunidad Autónoma, en las que se contemplaron factores como la estructura de la población, la dispersión, la densidad poblacional, la natalidad, el envejecimiento, la dependencia demográfica, las migraciones y la esperanza de vida al nacer.

Se incluyeron también valoraciones sobre el nivel de salud desde el punto de vista de la mortalidad, por causas, edades, evolución y años potenciales de vida perdidos; la morbilidad, recogida de los diferentes sistemas y/o registros de información o notificación.

La salud percibida recoge la preocupación de los ciudadanos por su salud, según consta en unos de sus apartados, provenientes de las encuestas de salud.

También se han recogido indicadores de diferentes determinantes o condicionantes de salud, tales como los factores medioambientales, tanto naturales (agua, residuos, contaminación, etc.), como socioeconómicos (nivel educativo, económico, de empleo, etc.); estilos de vida (alimentación, actividad física, consumo de sustancias nocivas, etc.); así como la organización del sistema sanitario de la Comunidad Autónoma (ordenación sanitaria; recursos en infraestructuras, tecnológicos y humanos; actividad desarrollada, prestaciones sanitarias, gasto sanitario en general, así como el farmacéutico, etc.).

Importancia relevante se le ha dado a la opinión de los usuarios y el grado de satisfacción sobre la atención sanitaria recibida, a través de diferentes fuentes de información (Barómetro Sanitario, encuestas de satisfacción, quejas y reclamaciones, memoria del Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura, etc.).

De cada uno de los problemas o condicionantes de salud o de los recursos necesarios identificados, se realizó un análisis de los aspectos relacionados con su magnitud, su importancia sociosanitaria, impacto social, vulnerabilidad, las estrategias de actuación, factibilidad. Teniendo en consideración estos criterios se estableció un listado de problemas de salud, condicionantes de salud y necesidades de servicios.

B) FASE DE PRIORIZACIÓN Y ESTABLECIMIENTO DE LAS ÁREAS DE INTERVENCIÓN

Teniendo en cuenta el listado de problemas de salud, condicionantes de salud y de necesidades de salud identificados, el Grupo de Expertos de Análisis de Situación esta-

CAPÍTULO

bleció su priorización, teniendo en cuenta los criterios mencionados de magnitud del problema, en términos de mortalidad y morbilidad, el impacto social que supone para la población la percepción del problema, y la vulnerabilidad, como la posibilidad de prevenir o minimizar el problema o el riesgo de aparición, o de controlarlo una vez aparecido, de forma efectiva y eficiente, incluso legal y éticamente.

Además de la identificación de problemas y condicionantes de salud, se identificaron situaciones que sin afectar a las personas o su entorno, sí afectaban a la organización y, por tanto, al funcionamiento del sistema sanitario público y la relación de éste con los usuarios, tales como el trato recibido, la comunicación y la información y confidencialidad.

Se priorizaron 18 Áreas de Intervención, agrupadas en 3 Ejes Estratégicos, teniendo en cuenta consideraciones de tipo estratégico:

I EJE ESTRATÉGICO: Los Problemas de Salud Prevalentes y Emergentes en Extremadura:

1. Enfermedades cardiovasculares
2. Cáncer
3. Salud mental
4. Drogodependencias y otras conductas adictivas
5. Accidentes y violencias
6. Enfermedades respiratorias crónicas
7. Diabetes, obesidad y otras enfermedades endocrinometabólicas
8. Enfermedades infecciosas
9. Enfermedades raras
10. Zoonosis

II EJE ESTRATÉGICO: La Protección y Mejora del Estado de Salud de Todos:

11. Promoción de la salud. Educación para la salud
12. Seguridad alimentaria y consumo saludable
13. Salud ambiental
14. Seguimiento y control del estado de salud:
 - La salud infantil y del adolescente
 - La salud de la mujer
 - La salud del adulto
 - La salud de los mayores
15. Salud laboral

III EJE ESTRATÉGICO: La Mejora Continua de la Calidad de la Atención Sanitaria:

16. Organización sanitaria
17. Sistema de información sanitaria
18. Gestión del conocimiento

C) FASE DE DETERMINACIÓN DE LOS OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

De cada una de las áreas de intervención priorizadas, la Sección del Plan de Salud de Extremadura, de la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación, elaboró un documento base, el cual recogía los aspectos más relevantes de la misma, así como posibles objetivos y estrategias a abordar.

Para cada una de ellas, se constituyeron los respectivos grupos de trabajo formados por profesionales del ámbito sanitario o relacionados con la salud, de carácter multidisciplinar, que estuvieron trabajando durante 3 meses aproximadamente, de forma presencial y a través de una “comunidad virtual”. La “comunidad virtual” fue creada con tantos foros como grupos de trabajo (excepto análisis de situación). Cada foro tenía autonomía y a través de él se comunicaban exclusivamente los miembros de cada uno ellos, coordinados por un moderador. La estimación de visitas por parte de los expertos ha sido de más de 1.400 visitas al sitio.

El total de expertos que han participado en los grupos de trabajo ha sido de 359 (34 en el Grupo de Análisis de Situación y 325 en los 20 grupos de trabajo para las 18 áreas de intervención, creados “ad hoc”). Hay que tener en cuenta que algunos de los Expertos han formado parte de más de un grupo, por lo que la cifra de expertos ha sido de 286.

El cometido de los grupos era elaborar un Documento de Consenso. Para ello, trabajaron sobre el documento base, con un manual donde se explicaba la metodología específica del grupo, con los datos del análisis de situación que pudiera tener relación con el área, así como aquella bibliografía y documentación que fueron aportadas por los miembros de los grupos.

El Documento de Consenso contenía una breve introducción sobre la magnitud del problema, y uno o varios objetivos de acuerdo con los problemas detectados y con los recursos disponibles. Debían estar expresados en términos concretos, mensurables, monitorizables, cuantificables y modificables. Incluían un tiempo para su consecución, y guardarían relación con los problemas previamente identificados.

CAPÍTULO

Para cada objetivo estratégico, se definieron una serie de líneas de actuación incluyendo, en algunos casos, la elaboración, implantación y desarrollo de planes y programas para su consecución durante la vigencia del plan.

Las líneas de actuación, constituyen actividades generales que es necesario llevar a cabo atendiendo a criterios organizativos de las diferentes Administraciones y están sujetas a los cambios propios que puedan suceder durante el desarrollo de los diferentes objetivos.

El establecimiento de las líneas de actuación estratégicas fue consecuencia del estudio y conclusiones de los problemas detectados en el análisis de situación, y se tuvieron en cuenta el grado de eficiencia de las medidas, la vulnerabilidad del problema y su factibilidad.

Los planes y programas, cuando se estime necesaria su elaboración, debían contemplar acciones de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad, de asistencia sanitaria, de rehabilitación y reinserción, y de formación e investigación.

Para cada línea de actuación, el Plan de Salud contempla el o los responsables de llevarla a cabo, así como los indicadores para poder realizar el seguimiento y su evaluación.

D) REDACCIÓN Y ESTUDIO DEL DOCUMENTO DE DEBATE

El Documento de Debate es producto del trabajo realizado por los 21 grupos de trabajo de expertos, los Documentos de Consenso, junto al Documento de Análisis de Situación. El citado Documento fue enviado en formato papel a las personas que habían intervenido como Expertos en alguna de las Áreas, así como a los Agentes Sociales, FEMPEX, Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, Asociaciones de Enfermos y/o Familiares; así mismo estuvo disponible en la web de la Consejería de Sanidad y Dependencia, a través de la que se posibilitó la participación para que pudieran hacer las aportaciones (enmiendas) que estimaran oportunas, bien en formato papel bien a través de la propia web.

En la Tabla I se detallan a las personas, colectivos, asociaciones, instituciones, entidades, etc., a las que se ha enviado el citado Documento. Asimismo, fue presentado en el Consejo Extremeño de Salud, en su reunión del 28 de noviembre de 2008.

Tabla I Envíos del Documento de Debate del Plan de Salud de Extremadura 2009-2012

Destinatarios de los envíos del Documento de Debate	Nº
Expertos	286
Comité Técnico (1)	21
Administración Central	11
Asociaciones de Enfermos y/o Familiares	39
Centrales Sindicales	4
Confederación Regional de Empresarios	1
FEMPEX	1
Asociaciones de Consumidores	3
AUPEX	1
Colegios Profesionales	15
Altos Cargos Consejería de Sanidad y Dependencia y SES	10
Directores Generales de otras Consejerías	31
Presidentes de Consejos de Salud de Áreas	8
Asociaciones y Sociedades Científicas	52
Universidad de Extremadura	16
Consejo de Comunidades Extremeñas	1
Total	500

CAPÍTULO

(1) El Comité Técnico lo constituyen 47 miembros, pero 26 están en el apartado de Expertos por estar incluidos en algún área de intervención.

Los 286 expertos que habían trabajado durante varios meses en las diferentes áreas de intervención, se reunieron en una Jornada de Debate, el 17 de diciembre de 2008, donde se analizaron las 395 enmiendas recibidas, desde las instituciones sanitarias y no sanitarias invitadas a participar. Las enmiendas fueron distribuidas y estudiadas en cuatro Talleres de Trabajo: dos sobre problemas de salud prevalentes en nuestra Comunidad Autónoma; un tercero sobre protección y mejora del estado de salud de todos; y un cuarto, recogía el análisis de situación y las áreas correspondientes a las respuestas del SSPE.

De las 395 enmiendas recibidas (199 de adición, 157 de sustitución y 39 de supresión), una vez analizadas y debatidas, fueron rechazadas 86 (21,7%), y admitidas 309 (78,2%), trasladándose al Comité Técnico del Plan de Salud junto con las revisiones de la redacción.

E) REDACCIÓN DEL DOCUMENTO PROPUESTA

Por último, definidos los objetivos, las líneas de actuación, con las enmiendas admitidas al Documento de Debate, la Oficina del Plan de Salud redactó un Documento Propuesta del Plan de Salud de Extremadura, que fue dado a conocer al Consejo Extremeño de Salud y al Consejo Científico Asesor del SSPE, y elevado a la titular de

CAPÍTULO

la Consejería de Sanidad y Dependencia, para cuantas consultas y actuaciones considerase oportunas.

Finalizadas éstas, la Consejera de Sanidad y Dependencia, la Excm. Sra. D^a María Jesús Mejuto Carril, elevó el Proyecto de Plan de Salud de Extremadura 2009-2012 al Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma de Extremadura, para su aprobación.

E) APROBACIÓN

El Plan de Salud de Extremadura, fue aprobado por la Junta de Extremadura en la Sesión del Consejo de Gobierno del día 20 de febrero de 2009, a propuesta de la Consejería de Sanidad y Dependencia, y oído el Consejo Extremeño de Salud.

Tras su aprobación, es remitido al Ministerio de Sanidad y Consumo para su conocimiento e inclusión en el Plan Integrado de Salud, de acuerdo con lo establecido en los artículos 74 a 77 de la Ley General de Sanidad y los artículos 64 y 71 de la Ley de Cohesión y Calidad, y a la Asamblea de Extremadura para su conocimiento y estudio.

F) PUBLICIDAD

Aprobado el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, es puesto a disposición de los gestores, profesionales, ciudadanos y público general en forma de publicación accesible en formatos papel y electrónico, y a través de la página web institucional de la Junta de Extremadura.

2. MARCO PARTICIPATIVO

El proceso de elaboración del Plan de Salud es eminentemente participativo, tanto a nivel institucional, de los diferentes Departamentos de la Administración Autonómica, a través del Comité Técnico del *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, como de profesionales sanitarios y no sanitarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura y/o de Departamentos que tienen relación con la salud, a través de los Grupos de Trabajo de Expertos que se constituyeron “ad hoc”. Así mismo, en fases más avanzadas de la elaboración han participado los profesionales antes mencionados, así como las Instituciones, Centrales Sindicales, Asociaciones Empresariales, FEMPEX, Colegios Profesionales, Asociaciones de Enfermos y/o Familiares, Asociaciones y Sociedades Científicas, etc., con una metodología específica. Y por último, en la elaboración han

intervenido el Consejo Científico Asesor del SSPE y el Consejo Extremeño de Salud, previamente a su aprobación.

La distribución de las personas que han participado en los Grupos de Trabajo de Expertos es la que se detalla en la Tabla 2:

Tabla 2 Distribución por profesionales de los expertos que han participado en la elaboración del Plan de Salud de Extremadura 2009-2012

Profesiones	Nº
Medicina	141
Enfermería	38
Psicología/Psiquiatría	21
Farmacia	15
Veterinaria	14
Trabajo Social	9
Otros	48
Total	286

La edad media de los expertos ha sido de 46 años, mientras que la distribución por sexos fue de 114 mujeres (40%) y 172 hombres (60%).

El Comité Técnico del *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, es un órgano adscrito a la Consejería de Sanidad y Dependencia a la que asistirá a lo largo del proceso de elaboración del Plan de Salud. El citado Comité está presidido por el Director General de Planificación, Ordenación y Coordinación y forman parte de él los Jefes de Servicio de la Consejería de Sanidad y Dependencia, del Servicio Extremeño de Salud y de otras Consejerías. El Comité Técnico tiene las funciones contempladas en el Decreto 138/2008, de 3 de julio, por el que se establecen las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, que son entre otras: favorecer el normal desarrollo del Plan, facilitar su conocimiento y dar soporte a la actividad de coordinación interinstitucional; prestar soporte y asesoramiento técnicos necesarios para la elaboración, seguimiento y evaluación del Plan; prestar asesoramiento y emitir informes sobre aquellas materias y cuestiones que les sean requeridas por la Consejería competente en materia de sanidad, en relación con el Plan de Salud, etc.

Durante el proceso de elaboración del Plan, así como en su desarrollo, se cuenta con el soporte logístico de la Sección del Plan de Salud de Extremadura, unidad administrativa interna del Servicio de Planificación y Ordenación.

CAPÍTULO

La participación ha sido una característica primordial en el proceso de elaboración del Plan, sobre la experiencia participativa de los 3 planes de salud anteriores. En una primera Fase, el trabajo correspondió al Grupo de Expertos de Análisis de Situación que estuvo constituido por 34 miembros. Posteriormente, se constituyeron 20 Grupos de Trabajo para las distintas áreas de intervención, que han trabajado en la elaboración de los Documentos de Consenso, con una participación de 286 expertos (fundamentalmente profesionales, sanitarios y no sanitarios, relacionados con la salud, con la educación, empleo, mujer, infancia y familia, tráfico, etc.).

En la fase anterior, para las áreas de intervención, se diseñaron y pusieron en marcha un total de 20 foros, de modo que la participación se realizó de forma presencial y *on-line* (“comunidad virtual”).

A la comunidad virtual sólo tuvieron acceso los expertos que formaron parte de algún Grupo de Trabajo, con una estimación de más de 1.400 visitas al sitio, con 98 usuarios únicos durante el mes de junio, 170 (estimados) en julio, 169 en agosto, y 178 en septiembre.

En la fase de enmiendas al Documento de Debate, participaron un total de 307 profesionales (expertos y miembros del Comité Técnico del Plan de Salud) y 193 representantes de diferentes Instituciones, Asociaciones, Sociedades Científicas, etc., que presentaron un total de 395 enmiendas al Documento, tal como se ha expuesto en el apartado de redacción y estudio del Documento de Debate.



CAPÍTULO III

Análisis de la Situación

2009-2012

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

CAPÍTULO

I.1 ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA, SEXO Y EDAD

La población de Extremadura, a 1 de enero de 2007, según el Padrón Municipal de Habitantes coordinado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), asciende a 1.089.990 habitantes, 678.459 en la provincia de Badajoz y 411.531 en la de Cáceres (62,24% y 37,76% del total respectivamente).

El INE suministra igualmente información respecto a la cifra de municipios existentes en Extremadura agrupados sobre la base del número de habitantes existente en cada uno de ellos, tal como aparece recogido en la Tabla 1.1. Tan sólo siete municipios tienen más de 20.000 habitantes de los 383 existentes en Extremadura, y 281 no sobrepasan los 2.000 habitantes.

Tabla.- 1.1 Número y porcentaje de municipios según número de habitantes. Extremadura y sus provincias. 2007

Municipios	Extremadura		Badajoz		Cáceres	
Menos de 101 habitantes	5	1.31%	1	0.61%	4	1.83%
De 101 a 500 habitantes	97	25.33%	18	10.98%	79	36.07%
De 500 a 1.000 habitantes	94	24.54%	33	20.12%	61	27.85%
De 1.001 a 2.000 habitantes	85	22.19%	45	27.44%	40	18.26%
De 2.001 a 5.000 habitantes	62	16.19%	39	23.78%	23	10.50%
De 5.001 a 10.000 habitantes	26	6.79%	19	11.59%	7	3.20%
De 10.001 a 20.000 habitantes	7	1.83%	4	2.44%	3	1.37%
De 20.001 a 50.000 habitantes	4	1.04%	3	1.83%	1	0.46%
De 50.001 a 100.000 habitantes	2	0.52%	1	0.61%	1	0.46%
Más de 100.000 habitantes	1	0.26%	1	0.61%	0	0.00%
Total	383	100.00%	164	100.00%	219	100.00%

Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2007.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Por provincias, tanto Cáceres como Badajoz presentan la mayor concentración de población en el mismo intervalo que Extremadura (1.000 a 10.000 habitantes), aunque el patrón de los intervalos restantes cambia: mientras Badajoz concentra algo más de la mitad de su población en los municipios de mayor tamaño (10.000 a 100.000 habitantes) y menos del 5% en los más pequeños (1 a 1.000 habitantes), Cáceres mantiene casi un 17% en los pueblos más pequeños y algo más de un 40% en los de más de 10.000 habitantes. Tabla 1.2.

CAPÍTULO

Tabla.- I.2 Distribución de la población por tamaño de los municipios. Nº y porcentaje de habitantes. Extremadura y sus provincias. 2007

Municipios	Extremadura		Badajoz		Cáceres	
Menos de 101 habitantes	450	0,04%	77	0,01%	373	0,09%
De 101 a 500 habitantes	29.479	2,70%	5.774	0,85%	23.705	5,76%
De 500 a 1.000 habitantes	68.000	6,24%	24.005	3,54%	43.995	10,69%
De 1.001 a 2.000 habitantes	120.863	11,09%	63.526	9,36%	57.337	13,93%
De 2.001 a 5.000 habitantes	181.136	16,62%	117.748	17,36%	63.388	15,40%
De 5.001 a 10.000 habitantes	171.887	15,77%	119.787	17,66%	52.100	12,66%
De 10.001 a 20.000 habitantes	96.310	8,84%	56.461	8,32%	39.849	9,68%
De 20.001 a 50.000 habitantes	130.912	12,01%	90.930	13,40%	39.982	9,72%
De 50.001 a 100.000 habitantes	145.696	13,37%	54.894	8,09%	90.802	22,06%
Más de 100.000 habitantes	145.257	13,33%	145.257	21,41%	0	0,00%

Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2007.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Esta población se concentra principalmente en municipios de tamaño intermedio (1.000 a 10.000 habitantes), donde reside el 43,48% de los extremeños. Sus dos capitales de provincia acogen el 21,66% del total de la población.

La evolución de la población de Extremadura desde principios de siglo presenta un comportamiento definido por un aumento paulatino en la primera mitad del mismo, con una fuerte caída en la década de los 60 y principios de los 70 que continúa hasta los 80, debida fundamentalmente a los efectos de la emigración y, en menor medida, a la caída de la tasa de natalidad. La pérdida de población en las décadas de los 60 y 70, con una diferencia negativa de 328.658 habitantes entre los censos de 1960 y 1981, supuso un descenso poblacional del 23,84%, con proporciones similares en las dos provincias. Tabla I.3 y Figura I.1.

Tabla.- I.3 Series históricas de población. Valores absolutos. Extremadura y sus provincias. 1900-2001

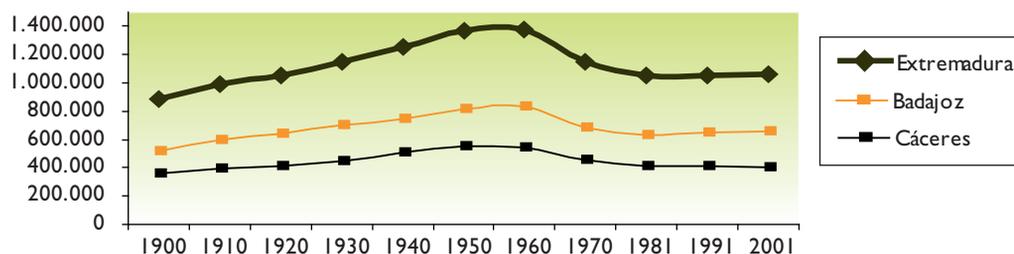
Años	Extremadura	Badajoz	Cáceres
1900	882.410	520.246	362.164
1910	990.991	593.206	397.785
1920	1.054.657	644.625	410.032
1930	1.152.174	702.418	449.756
1940	1.253.924	742.547	511.377
1950	1.364.857	815.547	549.077
1960	1.378.777	834.370	544.407
1970	1.145.376	687.599	457.777
1981	1.050.119	635.599	414.744
1991	1.056.538	647.654	408.884
2001	1.058.503	654.882	403.621

Fuente: INE. Censos de Población (1900-2001).

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Figura 1.1

Series históricas de población. Valores absolutos. Extremadura y sus provincias. 1900-2001



CAPÍTULO

Fuente: INE. Censos de Población (1900-2001).

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La variación relativa de población entre los dos últimos censos es muy reducida para el conjunto de Extremadura, principalmente por el fuerte descenso de la provincia de Cáceres, si bien hay una cierta estabilidad desde 1980. Tabla 1.4.

Tabla.- 1.4

Variación intercensal de población. Extremadura y sus provincias. 1991-2001

Años	1991	2001	Diferencia relativa
Extremadura	1.056.538	1.058.503	0,19%
Badajoz	647.654	654.882	1,12%
Cáceres	408.884	403.621	-1,29%

Fuente: INE. Censos de Población 1991 y 2001.

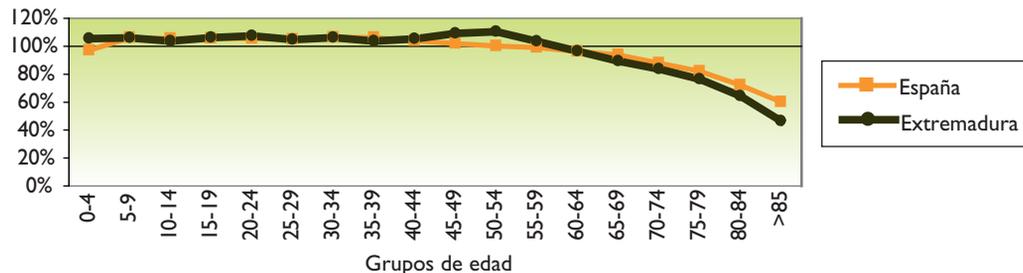
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La distribución por sexos de la población de Extremadura a 1 de enero de 2007 se compone de 541.692 varones y 548.298 mujeres, lo que supone un 49,70% y 50,30% de la población respectivamente.

La proporción de varones y mujeres en una población viene determinada por varias causas. De manera general, por cada 100 nacimientos de niñas se producen alrededor de 106 de niños; pero a partir del nacimiento y en todas las edades, la incidencia de la mortalidad suele ser mayor en los hombres que en las mujeres, por lo que tal ventaja en el número de hombres se mantiene hasta pasados los 40-50 años aproximadamente, década a partir de la cual el número de mujeres tiende a sobrepasar al de hombres, incrementándose la diferencia de forma progresiva.

Si representamos el número de hombres por cada cien mujeres, lo que se conoce como razón de sexos, vemos que la relación se invierte en Extremadura a edad más tardía que para el conjunto de la población española. Figura 1.2.

CAPÍTULO

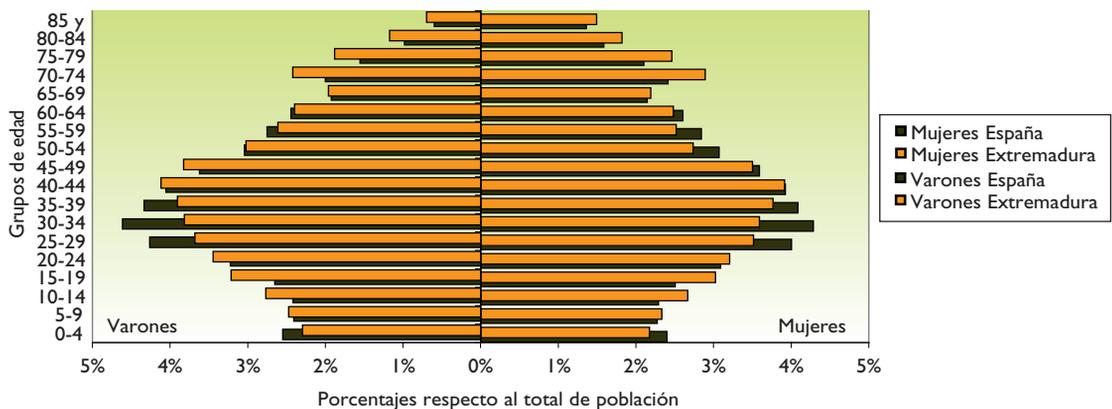
Figura 1.2 Razón de sexos. En porcentaje. Extremadura y España. 2007


Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2007.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Cuando se combina la estructura por sexos con la estructura por edades se obtiene la pirámide de población. La forma de esta pirámide es consecuencia del comportamiento pasado de los fenómenos demográficos (natalidad, mortalidad y migraciones, pero también guerras, epidemias, etc.), y a su vez condiciona y determina su futuro.

La comparación de las pirámides de España y Extremadura muestra que los efectivos jóvenes (5-19 años) y mayores (≥ 65 años) son más representativos en Extremadura que en España; y los efectivos de población activa (20-64 años) son más representativos para el total nacional. Figura 1.3.

Figura 1.3 Pirámide de población. En porcentaje. Extremadura y España. 2007


Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2007.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Con respecto a la estructura de la población por sexos en el total de la población de Extremadura, el 49,7% son varones y el 50,30% mujeres.

Entre las dos provincias se detectan diferencias importantes en la estructura por grupos de edad. Así, Badajoz presenta una población más joven, siendo el grupo de 0 a 19 años más representativo que en Cáceres. Por el contrario, los efectivos de mayor edad tienen más peso en Cáceres que en Badajoz. Tabla 1.5 y Figura 1.4.

Tabla.- 1.5 Estructura de la población por grupos de edad. En porcentaje. Extremadura y sus provincias. 2007

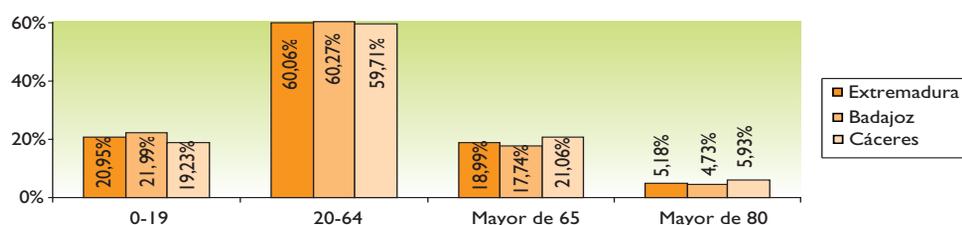
Grupos de edad	Extremadura			Badajoz			Cáceres		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
0-19 años	10,75	10,20	20,95	11,24	10,75	21,99	9,94	9,29	19,23
20-64 años	30,82	29,24	60,06	30,78	29,49	60,27	30,89	28,82	59,71
≥ 65 años	8,13	10,86	18,99	7,54	10,2	17,74	9,10	11,96	21,06
≥ 80 años*	1,87	3,32	5,18	1,68	3,06	4,73	2,18	3,75	5,93

*Porcentaje incluido en el de población ≥ 65 años.

Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2007.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Figura 1.4 Estructura de la población por grupos de edad. En porcentaje. Extremadura y sus provincias. 2007



Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2007.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Si comparamos la estructura por edades para España y Extremadura en el periodo 2000-2007, comprobamos que el tiempo ha afectado a la composición por edades de igual forma para ambas pero con distinta intensidad. Tabla 1.6.

Tabla 1.6 Porcentajes y variación de la estructura de la población por grupos de edad. Extremadura y España. 2000 y 2007

Grupos de edad	Extremadura			España		
	2000	2007	Variación 00/07	2000	2007	Variación 00/07
0-19 años	23,2	20,95	-7,96	21,2	19,49	2,65
20-64 años	58	60,06	5,55	61,91	63,84	15,09
≥ 65 años	18,8	18,99	2,94	16,89	16,66	10,08
≥ 80 años*	4,22	5,18	25,33	3,82	4,53	32,38
Total			1,92			11,61

*Porcentaje incluido en el de población ≥ 65 años.

Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2000 y 2007.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

En Extremadura se ha producido un importante descenso de la población más joven, a diferencia de la estabilidad registrada en el ámbito estatal.

CAPÍTULO

1.2 ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA

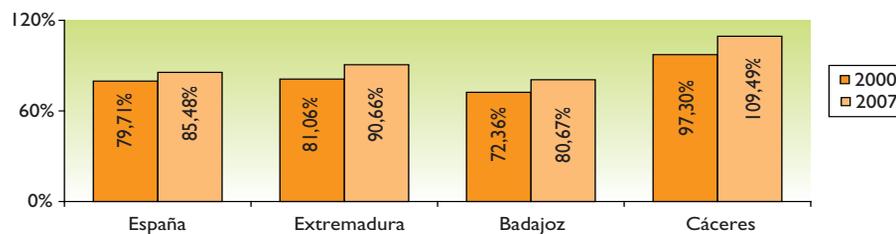
De entre los indicadores que reflejan la estructura por edades y su influencia en la dinámica de la población se han seleccionado los siguientes índices:

1.2.1 ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO

Muy representativo para el grado de envejecimiento de la población. Desde 2000 ha aumentado de forma sensible, habiéndolo hecho en mayor proporción en Extremadura que en España. Figura 1.5.

Figura 1.5

Índice de envejecimiento (población ≥ 65 años / población < 20 años). España, Extremadura y sus provincias. 2000 y 2007



Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2000 y 2007.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

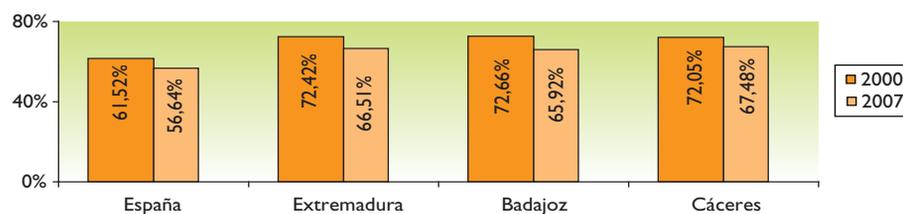
1.2.2 ÍNDICES DE DEPENDENCIA

a) Índice de dependencia total

Representa el número de individuos dependientes por cada 100 habitantes, entendiendo por población dependiente la que no está en edad activa. Figura 1.6.

Figura 1.6

Índice de dependencia total (población ≤ 19 años + población ≥ 65 años / población de 20 a 64 años). España, Extremadura y sus provincias. 2000 y 2007



Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2000 y 2007.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

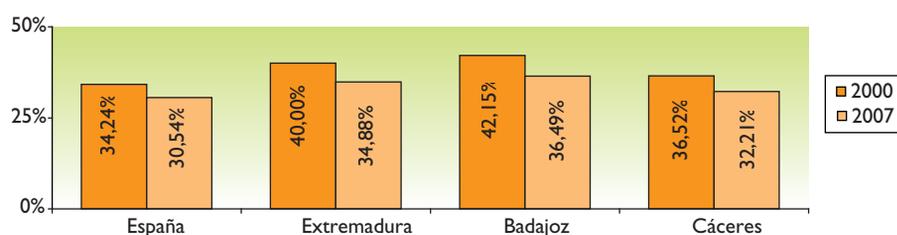
Este índice a veces se representa como suma de sus dos componentes, que son: el índice de dependencia de jóvenes y el índice de dependencia de mayores. Figuras 1.7 y 1.8.

CAPÍTULO

b) Índice de dependencia de jóvenes

Figura 1.7

Índice de dependencia de jóvenes (población ≤ 19 años / población de 20 a 64 años). España, Extremadura y sus provincias. 2000 y 2007



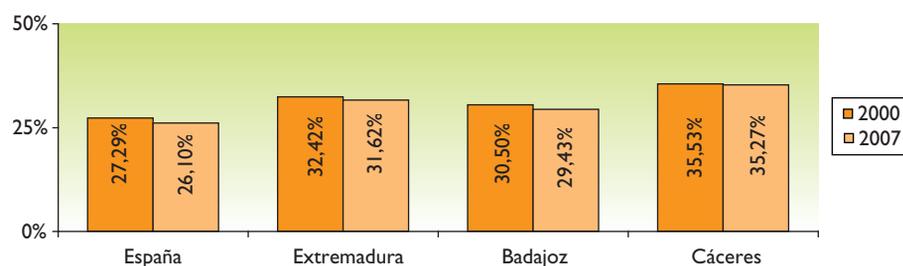
Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2000 y 2007.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

c) Índice de dependencia de mayores

Figura 1.8

Índice de dependencia de mayores (población ≥ 65 años / población de 20 a 64 años). España, Extremadura y sus provincias. 2000 y 2007



Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2000 y 2007.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

1.2.3 OTROS ÍNDICES DE INTERÉS

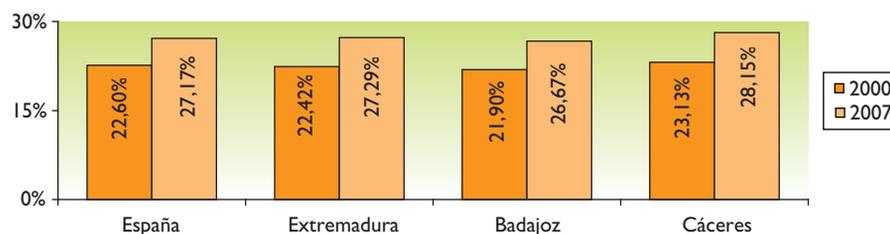
a) Intensidad de envejecimiento

Representa la proporción de personas ancianas sobre el total de la población mayor. Figura 1.9.



Figura 1.9

Intensidad de envejecimiento (población ≥ 80 años / población ≥ 65 años). España, Extremadura y sus provincias. 2000 y 2007



Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2000 y 2007.

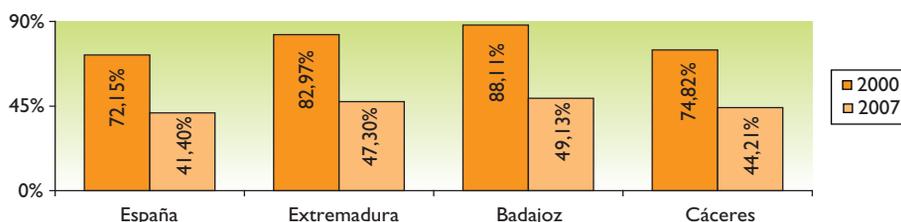
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

b) Índice de Fritz

Representa la proporción que significa la población menor de 20 años con relación a la de 20 a 49 años. Generalmente se admite que si este índice es mayor de 160, la población es joven; si se halla entre 60 y 160, la población es madura; y si es inferior a 60, la población es vieja. Figura 1.10.

Figura 1.10

Índice de Fritz (población ≤ 19 años / población de 20 a 49 años). España, Extremadura y sus provincias. 2000 y 2007



Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2000 y 2007.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

En la comparación de estos índices entre Extremadura y España observamos que:

- Extremadura presenta un mayor Índice de Envejecimiento, aunque la Intensidad de ese Envejecimiento es similar a la del resto del país.
- Extremadura tiene mayor Índice de Dependencia, tanto en jóvenes como en mayores, debido a que el contingente de población activa es proporcionalmente menor que en España.
- Según el Índice de Fritz, tanto la población de España como la de Extremadura presentan las características de una población envejecida.

Las diferencias entre Cáceres y Badajoz que pueden apreciarse son:

- Cáceres presenta un Índice de Envejecimiento y una Intensidad de Envejecimiento mayores que los del resto de Extremadura y que España.
- En Badajoz, por el contrario, esa Intensidad de Envejecimiento presenta un valor destacadamente bajo respecto al resto de la Comunidad Autónoma y España.
- El Índice de Dependencia total es similar para ambas provincias, aunque la composición de esta dependencia es opuesta. Mientras Badajoz presenta más dependencia del efectivo de población más joven, en Cáceres es mayor la dependencia de mayores.
- Según el índice de Fritz, la población de ambas provincias tiene la estructura de una población envejecida, sobre todo en la provincia de Cáceres.

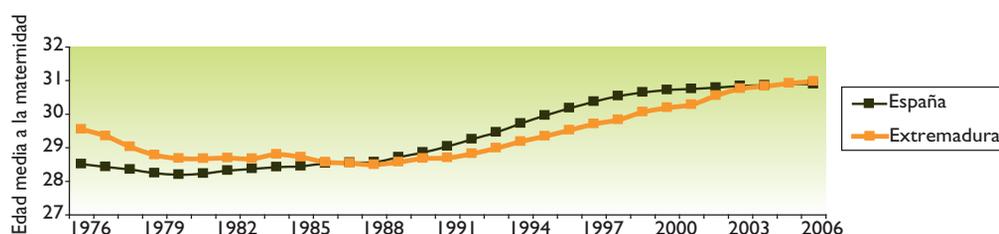
1.3 EVOLUCIÓN DE LA FECUNDIDAD

En 1976, España junto con Irlanda encabezaban la lista de fecundidad en Europa, con 2,80 hijos por mujer. Quince años después, en 1991, nuestro país pasaba a los últimos lugares con 1,33 hijos. En 2000 se situó en el último puesto, con 1,23, aumentando a partir de este año hasta situarse en 1,38 hijos en 2006, cifra muy similar a las de otros países de la Unión Europea como Grecia o Portugal.

Después de un periodo de declive, los indicadores demográficos nacionales muestran signos de recuperación, y la evolución de la natalidad también empieza a enderezarse a partir de 2001. Estos signos de recuperación apenas se aprecian, por el momento en Extremadura, puesto que los valores que intervienen en el avance poblacional siguen estancados. El número de hijos por mujer se mantiene entre el 1,25 de 2002 y el 1,29 de 2006, apartándose significativamente de los datos relativos al conjunto de España, donde se ha pasado de los 1,26 hijos en 2001 a los 1,38 en 2006.

Al mismo tiempo, la edad media a la maternidad ha experimentado un progresivo incremento desde finales de la década de los ochenta, siendo la media en 2006 aproximadamente de 31 años. Figura 1.11.

Figura 1.11 Edad media a la maternidad. España y Extremadura. 1975-2006



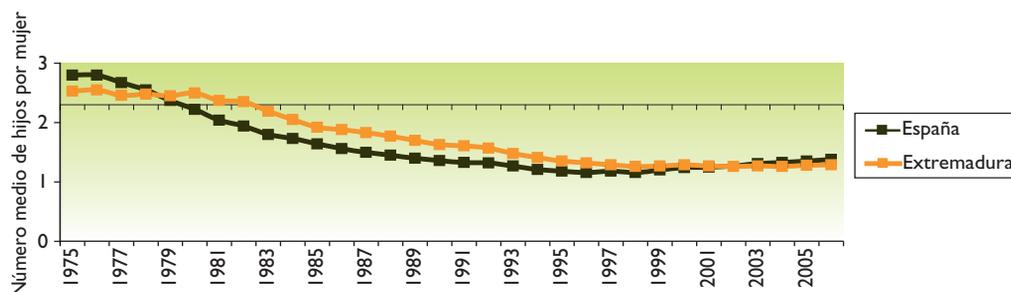
Fuente: INE. Indicadores Demográficos Básicos.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

Los 1,29 hijos por mujer del año 2006 distan de alcanzar la tasa de reemplazo generacional, que se refiere al número de hijos que han de tener las mujeres en un determinado país para mantener en el futuro la población. Como mínimo, cada mujer en edad fértil debe aportar 2,3 hijos para cubrir al menos las bajas de los padres al morir. Por debajo de esa tasa se inicia la tendencia al “crecimiento cero” de la población. Figura I.12.

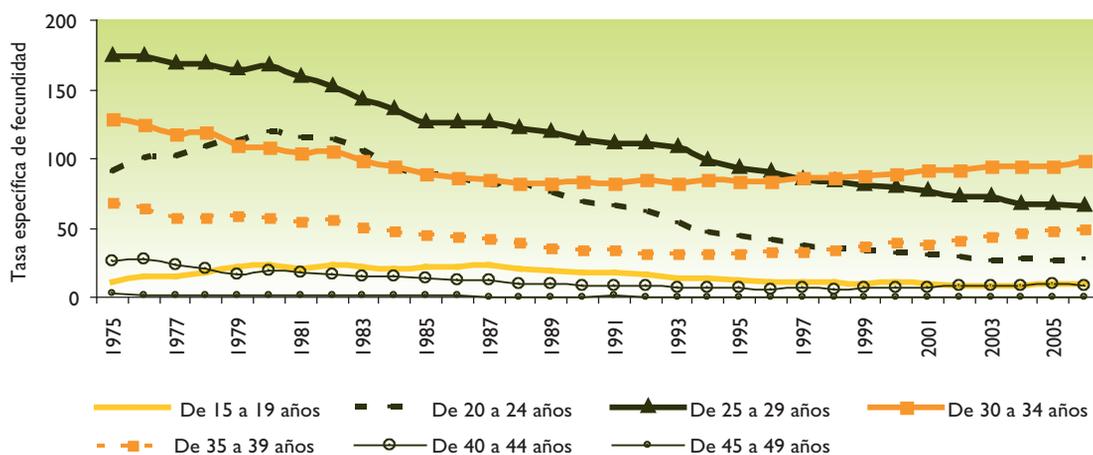
Figura I.12 Índice sintético de fecundidad (número medio de hijos por mujer). España y Extremadura. 1975-2006



Fuente: INE. Indicadores Demográficos Básicos.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El acusado descenso de la tasa específica de fecundidad (nacidos por mil mujeres) desde principios de los años 80 vuelve a incidir en la baja natalidad actual existente en Extremadura, del todo insuficiente para cubrir al menos las bajas de los padres al morir. Figura I.13.

Figura I.13 Tasa específica de fecundidad (nacidos por mil mujeres). Extremadura. 1975-2006



Fuente: INE. Estimaciones intercensales de población y movimiento natural de población.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Respecto a la tasa de natalidad, entre los años 2001 y 2006, en el conjunto de España ha aumentado casi un punto, pasando de 9,98 a 10,96, mientras que en Extremadura se mantiene prácticamente estancada y por debajo de esa cifra (9,43). Tabla 1.7.

Tabla 1.7 Tasa bruta de natalidad. España y Extremadura. 1975-2006

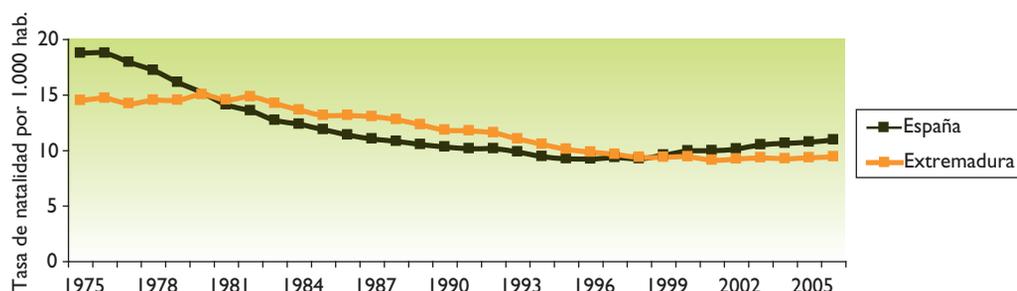
Año	España	Extremadura	Año	España	Extremadura
1975	18,76	14,51	1991	10,17	11,78
1976	18,76	14,71	1992	10,16	11,62
1977	17,95	14,23	1993	9,85	11,09
1978	17,23	14,54	1994	9,43	10,61
1979	16,14	14,54	1995	9,24	10,20
1980	15,22	15,04	1996	9,20	9,94
1981	14,12	14,55	1997	9,34	9,73
1982	13,59	14,83	1998	9,21	9,50
1983	12,73	14,24	1999	9,54	9,52
1984	12,36	13,65	2000	9,90	9,57
1985	11,88	13,16	2001	9,98	9,35
1986	11,39	13,16	2002	10,14	9,24
1987	11,05	13,05	2003	10,52	9,36
1988	10,82	12,80	2004	10,65	9,27
1989	10,53	12,32	2005	10,75	9,34
1990	10,33	11,85	2006	10,96	9,43

Fuente: INE. Indicadores Demográficos Básicos.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El leve repunte que experimenta la natalidad en España es atribuido a la población inmigrante. En 2006 hubo 79.903 nacimientos de madre extranjera cuando en 2002 fueron 44.198. En Extremadura, la contribución de los inmigrantes al aumento de la natalidad es poco significativa aunque se aprecia un ligero incremento, pasando del 3,31% sobre el total de nacimientos en 2002 a un 5,19% en 2006. Figura 1.14.

Figura 1.14 Evolución de la tasa bruta de natalidad. España y Extremadura. 1975-2006



Fuente: INE. Indicadores Demográficos Básicos.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

La Tabla I.8 y la Figura I.15 recogen la evolución de la tasa bruta de mortalidad entre los años 1975 y 2006, para España y Extremadura. Respecto al conjunto del país, los datos se mantienen invariablemente superiores en Extremadura, con leves oscilaciones durante los últimos años.

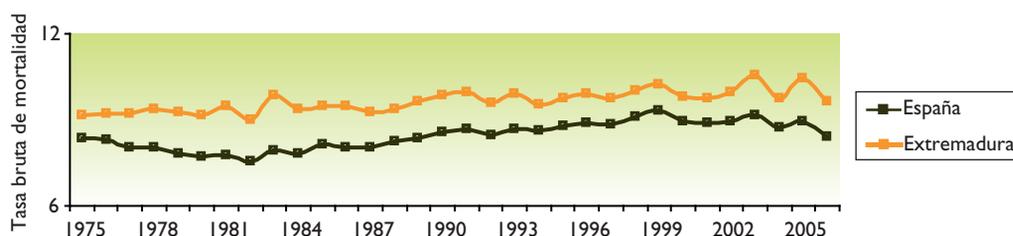
Tabla I.8 Tasa bruta de mortalidad. España y Extremadura. 1975-2006

Año	España	Extremadura	Año	España	Extremadura
1975	8,36	9,14	1991	8,67	9,96
1976	8,28	9,24	1992	8,49	9,61
1977	8,05	9,22	1993	8,67	9,93
1978	8,03	9,35	1994	8,61	9,52
1979	7,81	9,27	1995	8,80	9,74
1980	7,71	9,18	1996	8,91	9,89
1981	7,77	9,47	1997	8,84	9,76
1982	7,55	8,99	1998	9,09	10,02
1983	7,94	9,85	1999	9,31	10,23
1984	7,82	9,36	2000	8,97	9,79
1985	8,13	9,47	2001	8,87	9,76
1986	8,06	9,46	2002	8,95	9,97
1987	8,03	9,26	2003	9,16	10,55
1988	8,25	9,40	2004	8,71	9,76
1989	8,37	9,65	2005	8,93	10,44
1990	8,57	9,84	2006	8,43	9,66

Fuente: INE. Indicadores Demográficos Básicos.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Figura I.15 Evolución de la tasa bruta de mortalidad. España y Extremadura. 1975-2006



Fuente: INE. Indicadores Demográficos Básicos.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El saldo vegetativo en Extremadura (diferencia entre nacimientos y defunciones) es negativo a partir de 1997, situándose en la actualidad al mismo nivel del año 2000. En el conjunto de España continúa la tendencia ascendente iniciada en 1999. Tabla I.9.

Tabla 1.9

Saldo vegetativo. España y Extremadura. 1975-2006

Año	España	Extremadura	Año	España	Extremadura
1975	10,40	5,37	1991	1,50	1,82
1976	10,48	5,46	1992	1,67	2,01
1977	9,90	5,01	1993	1,18	1,17
1978	9,20	5,18	1994	0,81	1,10
1979	8,33	5,27	1995	0,44	0,46
1980	7,51	5,86	1996	0,28	0,05
1981	6,35	5,08	1997	0,49	-0,02
1982	6,04	5,85	1998	0,12	-0,52
1983	4,79	4,39	1999	0,23	-0,71
1984	4,54	4,28	2000	0,93	-0,22
1985	3,74	3,69	2001	1,14	-0,41
1986	3,33	3,70	2002	1,22	-0,73
1987	3,02	3,79	2003	1,36	-1,19
1988	2,57	3,40	2004	1,94	-0,49
1989	2,16	2,67	2005	1,82	-1,10
1990	1,76	2,02	2006	2,53	-0,22

Fuente: INE. Indicadores Demográficos Básicos.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

I.4 MIGRACIONES

Las migraciones representan un elemento determinante en la evolución de la población de todos los territorios. Como elemento influyente deben ser considerados los saldos migratorios.

I.4.1 POBLACIÓN EXTRANJERA

Según los resultados de la explotación del Padrón Municipal, fueron 4.519.554 los extranjeros empadronados en alguno de los municipios de España durante el año 2007, suponiendo un porcentaje del 10% del total de la población empadronada en todo el Estado. Para el mismo año en Extremadura, eran 29.210 las personas extranjeras empadronadas, cifra que representa el 2,68% del total regional y el 0,06% del total del Estado.

A lo largo del periodo 2002-2007 los porcentajes de extranjeros crecen en todas las Comunidades Autónomas de nuestro país, si exceptuamos las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. A fecha 1 de enero de 2007 no queda ninguna Comunidad con menos del 2,5% de extranjeros. Los porcentajes más altos en 2007 son los de Baleares (18,45%), Comunidad Valenciana (14,99%), Murcia (14,49%), Madrid (14,25%) y Cataluña (13,49%); mientras que los más bajos se registraron en Extremadura (2,68%), Galicia (2,94%), Asturias (3,04%), Ceuta (3,94%), País Vasco (4,60%), Cantabria (4,68%) y Castilla y León (4,74%). En el conjunto del país, el 10% de la población empadronada en 2007 era extranjera. Tabla 1.10.

CAPÍTULO

Tabla 1.10

Número de extranjeros empadronados, porcentaje respecto a la población empadronada y variación relativa sobre el año anterior. España, Extremadura y sus provincias. 1998-2007

Años	Extranjeros	Badajoz	Cáceres	Extremadura	España
1998	Valor absoluto	2.138	1.943	4.082	637.085
	Porcentaje (%)	0,32	0,48	0,38	1,6
1999	Valor absoluto	2.351	5.125	7.476	748.954
	Porcentaje (%)	0,35	1,25	0,7	1,86
	% variación sobre el año anterior	9,96	163,77	83,15	17,56
2000	Valor absoluto	2.778	5.935	8.713	923.879
	Porcentaje (%)	0,42	1,46	0,81	2,28
	% variación sobre el año anterior	18,16	15,8	16,55	23,36
2001	Valor absoluto	4.007	7.620	11.627	1.370.657
	Porcentaje (%)	0,6	1,86	1,08	3,33
	% variación sobre el año anterior	44,24	28,39	33,44	48,36
2002	Valor absoluto	5.436	9.689	15.125	1.977.944
	Porcentaje (%)	0,82	2,36	1,41	4,73
	% variación sobre el año anterior	35,66	27,15	30,09	44,31
2003	Valor absoluto	7.167	10.718	17.885	2.664.168
	Porcentaje (%)	1,08	2,61	1,67	6,24
	% variación sobre el año anterior	31,84	10,82	18,25	34,69
2004	Valor absoluto	8.600	11.466	20.066	3.034.326
	Porcentaje (%)	1,3	2,79	1,87	7,02
	% variación sobre el año anterior	19,99	6,98	12,19	13,39
2005	Valor absoluto	12.466	12.875	25.341	3.730.610
	Porcentaje (%)	1,86	3,12	2,34	8,46
	% variación sobre el año anterior	44,95	12,29	26,29	22,95
2006	Valor absoluto	14.566	12.901	27.467	4.144.166
	Porcentaje (%)	2,16	3,12	2,53	9,27
	% variación sobre el año anterior	16,85	0,2	8,39	11,09
2007	Valor absoluto	16.771	12.439	29.210	4.519.554
	Porcentaje (%)	2,47	3,02	2,68	10
	% variación sobre el año anterior	15,14	-3,58	6,35	9,06

Fuente: INE. Padrón Municipal. Extranjeros residentes en España.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La distribución de los 29.210 inscritos en Extremadura a 1 de Enero de 2007 se compone, entre otros, de: africanos 31,25% (34,22% en 1998); iberoamericanos 25,93% (11,51% en 1998); de países de la Unión Europea 38,14% (46,23% en 1998); asiáticos 2,45% (3,41% en 1998); de los Estados Unidos y Canadá 0,28% (1,18% en 1998).

La nacionalidad predominante de los extranjeros empadronados en Extremadura es: marroquí (31,69%), seguida de rumana (14,83%), portuguesa (11,98%), brasileña (5,79%) y colombiana (4,88%).

A escala nacional, la nacionalidad portuguesa pierde importancia. La nacionalidad mayoritaria entre los extranjeros es de Ecuador (15,68%), seguida de Marruecos (13,86%), Colombia (8,20%) y Rumanía (6,85%).

Con relación al número de extranjeros residentes en Extremadura, otras fuentes consultadas aportan cifras dispares. Las cifras expuestas en la Tabla 1.11 están referidas al número de extranjeros en situación regularizada publicadas por el Ministerio del Interior; el número de extranjeros residentes en Extremadura ha crecido significativamente y de forma progresiva. En 1999 eran 9.784 los extranjeros residentes en Extremadura, elevándose esta cifra a 25.578 durante 2006. Tabla 1.11.

Tabla 1.11 Evolución del número de residentes extranjeros. Extremadura. 1999-2006

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Badajoz	3.552	3.375	4.374	5.379	6.811	8.303	12.289	13.773
Cáceres	6.232	7.133	8.161	8.360	10.312	10.632	11.902	11.805
Extremadura	9.784	10.508	12.535	13.739	17.123	18.935	24.191	25.578

Fuente: Ministerio del Interior. Observatorio Permanente de la Inmigración.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

1.4.2 EMIGRACIONES

El número de personas que emigraron desde Extremadura a otras Comunidades Autónomas en 2006 fue de 14.538, de los cuales la mayoría son españoles (excepto a la Comunidad de Murcia, donde la mayor parte que lo hacen son extranjeros). Con ello se continúa la tendencia alcista de los últimos años. Tabla 1.12.

Tabla 1.12 Evolución de las emigraciones desde Extremadura hacia otras CCAA y al extranjero. 1998-2006

CCAA	1998	2000	2003	2004	2005	2006
Andalucía	1.594	1.763	2.181	2.581	2.527	2.659
Aragón	166	154	211	245	257	277
Asturias	94	91	87	86	123	126
Baleares	1.028	1.154	701	597	605	653
Canarias	484	596	524	525	561	698
Cantabria	85	47	68	69	67	98
Castilla - La Mancha	714	732	859	887	908	1.023
Castilla y León	797	743	892	902	1.106	1.195
Cataluña	1.249	1.305	1.643	1.443	1.378	1.429
Valencia	469	733	979	1.106	1.151	1.077
Galicia	108	139	144	180	181	183
Madrid	2.988	3.191	3.691	3.592	3.428	3.876
Murcia	181	253	412	500	583	500
Navarra	79	115	145	113	128	134
País Vasco	577	560	588	524	524	489
La Rioja	61	85	92	72	71	66
Ceuta	33	31	29	21	21	30
Melilla	48	14	20	25	15	25
Total nacional	10.755	11.706	13.266	13.468	13.634	14.538
Extranjero			201	512	799	1.154
Total	10.755	11.706	13.467	13.970	14.433	15.692

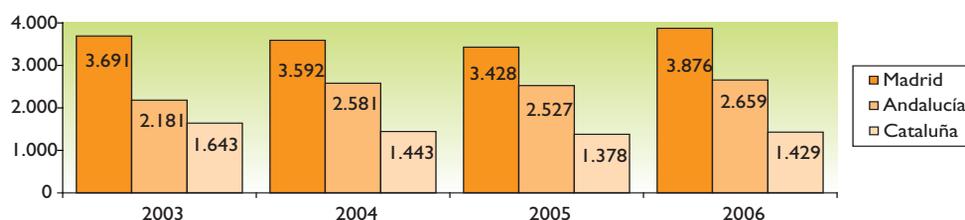
Fuente: INE. Migraciones.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

Respecto a las emigraciones desde Extremadura hacia países extranjeros, tras décadas de emigración masiva se constata un descenso importante a partir del año 1976. Sin embargo, durante los últimos años se observa una ligera tendencia alcista en las emigraciones desde Extremadura al extranjero (si bien desde 2004 la mayoría de personas que emigran de este modo son extranjeras, siendo África el continente que más emigrantes acoge desde nuestra Comunidad Autónoma). Durante 2006, el número de emigrantes desde Extremadura al extranjero fue de 1.154, y de ellos sólo 214 eran españoles. Tabla 1.12.

La Comunidad que más emigrantes recibió fue Madrid (3.876), seguida de Andalucía (2.659) y Cataluña (1.429). Figura 1.16.

Figura 1.16 Evolución de las principales emigraciones desde Extremadura. Valores absolutos. 2003-2006



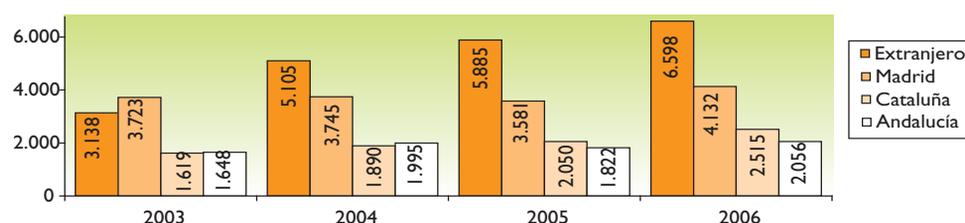
Fuente: INE. Migraciones.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

1.4.3 INMIGRACIONES

Las inmigraciones desde otras Comunidades Autónomas y el extranjero hacia nuestra región no han parado de crecer durante el período de estudio, pasando de 10.078 en 1998 a 20.933 durante el año 2006. En este año, el mayor número de inmigrantes hacia Extremadura procede del extranjero (el 94% es de nacionalidad extranjera); y de éstos, las principales procedencias son Rumanía (1.312) y Marruecos (1.281), seguidas de Madrid y Cataluña. Tabla 1.13 y Figura 1.17.

Figura 1.17 Evolución de las principales inmigraciones hacia Extremadura. Valores absolutos. 2003-2006



Fuente: INE. Migraciones.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Tabla 1.13 Evolución de las inmigraciones desde otras CCAA y el extranjero hacia Extremadura. 1998-2006

CCAA	1998	2000	2003	2004	2005	2006
Andalucía	1.271	1.279	1.648	1.995	1.822	2.056
Aragón	187	154	168	213	172	230
Asturias	150	92	104	109	87	115
Baleares	292	395	856	728	550	580
Canarias	295	351	520	538	555	743
Cantabria	44	47	58	92	67	85
Castilla - La Mancha	560	534	675	794	765	898
Castilla y León	706	725	754	838	705	825
Cataluña	1.090	1.154	1.619	1.890	2.050	2.515
Valencia	340	364	576	775	663	862
Galicia	103	120	160	191	161	195
Madrid	2.746	2.412	3.723	3.745	3.581	4.132
Murcia	187	122	234	198	200	234
Navarra	52	61	100	97	97	103
País Vasco	637	598	671	724	624	634
La Rioja	28	27	37	59	55	54
Ceuta	29	40	47	49	75	33
Melilla	210	29	31	43	37	41
Total nacional	8.727	8.504	11.981	13.078	12.266	14.335
Extranjero	1.351	2.011	3.138	5.105	5.885	6.598
Total	10.078	10.515	15.119	18.183	18.151	20.933

Fuente: INE. Migraciones.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El mayor número de inmigrantes en 2006 procedió de Madrid (4.132), seguido de Cataluña (2.515) y Andalucía (2.056).

1.4.4 MIGRACIONES INTERIORES EN EXTREMADURA

En el año 2005 se produjeron 10.844 migraciones internas (personas que emigran o inmigran dentro de Extremadura), la mayoría de nacionalidad española (88,5%), seguida a gran distancia de marroquíes (4,6%) y otras nacionalidades. Por sexos, se produjeron 5.410 migraciones de varones y 5.474 de mujeres. Por grupos de edad, el 58% de las migraciones tuvo lugar entre las personas más jóvenes en edad de trabajar (de 20 a 44 años), seguida de la población infanto-juvenil de 0 a 19 años (22,5%); y sólo el 7,31% fue población mayor de 64 años.

El saldo migratorio interno según el tamaño del municipio es positivo (mayor número de altas que de bajas) para las poblaciones mayores de 10.000 habitantes. Las de menos 10.000 habitantes presentan un saldo negativo, más acentuado en las de menos de 2.000 habitantes. Tabla 1.14.

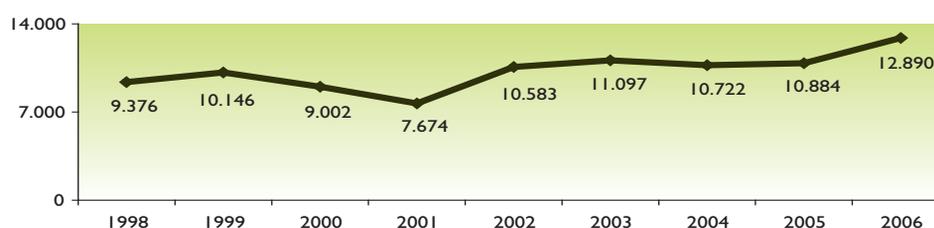
CAPÍTULO

Tabla 1.14 Migraciones internas según el tamaño del municipio. Valores absolutos. Extremadura. 2005

	≤ 1.000	1.001-2.000	2.001-5.000	5.001-10.000	10.001-20.000	20.001-50.000	> 50.000
Altas	831	939	1.490	1.404	1.324	1.766	3.030
Bajas	1.347	1.576	1.898	1.458	1.214	1.135	2.256
Saldo	-516	-637	-408	-54	110	631	874

Fuente: Consejería de Economía, Comercio e Innovación. Portal de Estadística.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El número de migraciones interiores en Extremadura alcanzó su máxima cifra del período de estudio durante el año 2006, con 12.890 migraciones. Figura 1.18.

Figura 1.18 Evolución del número de migraciones interiores. Valores absolutos. Extremadura. 1998-2006

Fuente: INE. Migraciones.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

1.4.5 SALDO MIGRATORIO

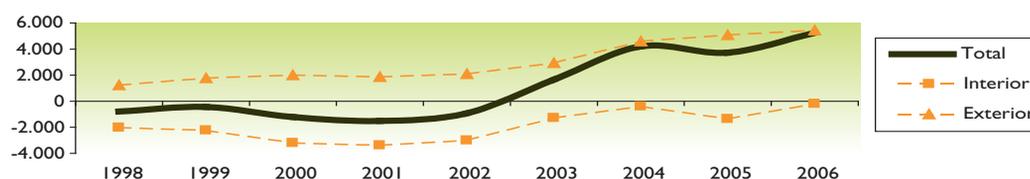
Durante el periodo de estudio, el saldo migratorio inició una evolución positiva a partir de 2003, a expensas principalmente del incremento de inmigraciones procedentes del extranjero hacia Extremadura y de la evolución ascendente del saldo migratorio interior hacia otras Comunidades Autónomas (a pesar de que éste siempre ha sido negativo para Extremadura), alcanzando la máxima cifra en el año 2006 con un saldo positivo de 5.241 personas. Tabla 1.15 y Figura 1.19.

Tabla 1.15 Evolución del saldo migratorio. Extremadura. 1998-2006

Saldo migratorio	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Interior	-2.028	-2.242	-3.202	-3.375	-3.009	-1.285	-390	-1.368	-203
Exterior*	1.236	1.773	1.999	1.862	2.087	2.937	4.593	5.086	5.444
Total	-792	-442	-1.203	-1.513	-922	1.652	4.203	3.718	5.241

*Incluida la estadística de emigración asistida hasta el año 2002.

Fuente: INE. Migraciones.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Figura 1.19 Evolución del saldo migratorio. Extremadura. 1998-2006

Fuente: INE. Migraciones.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

I.5 ESPERANZA DE VIDA AL NACER

CAPÍTULO

La esperanza de vida es un indicador global de la salud de una población, que se utiliza para comparar las condiciones de mortalidad de distintas poblaciones.

La esperanza de vida ha sido, junto a la mortalidad infantil, la manera clásica de aproximarse a los estados de salud de la población; es uno de los indicadores más utilizados para la medición de los niveles sociosanitarios y de mortalidad.

La más empleada es la esperanza de vida al nacer (EVN), que indica los años de vida esperados para un individuo nacido en el año de estudio, siempre que se mantengan las condiciones de mortalidad actuales.

Las tasas específicas de mortalidad por grupos de edad, necesarias para elaborar la tabla de vida y estimar la esperanza de vida, se calculan con los datos obtenidos del Registro de Mortalidad de Extremadura, que registra las defunciones observadas en personas residentes en Extremadura que han fallecido en Extremadura (es decir, no registra los datos de los extremeños muertos en otras Comunidades Autónomas, por lo que puede sobreestimar ligeramente la EVN, tal y como se aprecia en la Tabla I.17.

La EVN en Extremadura durante 2006 fue de 81,61 años en ambos géneros, 78,22 años en varones y 85,09 años en mujeres. Durante el periodo 1996 a 2006, la EVN ha evolucionado ascendentemente, alcanzando cifras que sitúan las cifras de este indicador entre las más altas del mundo. Tabla I.16.

Tabla.- I.16 EVN por sexos en Extremadura basada en las defunciones de residentes habituales fallecidos dentro de Extremadura. 1996-2006

Años	Varones	Mujeres	Ambos géneros
1996	75,28	82,21	78,71
1997	75,95	82,86	79,36
1998	75,84	82,70	79,20
1999	76,29	82,95	79,77
2000	77,22	84,05	80,57
2001	77,76	84,59	81,13
2002	77,21	84,20	80,65
2003	77,22	83,18	80,17
2004	79,35	83,16	81,03
2005	77,57	81,35	79,28
2006	78,22	85,09	81,61
Incremento 2006-1996	2,94	2,88	2,90

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

Para ambos géneros la ganancia fue de 2,90 años, 2,94 para varones y 2,88 para mujeres, lo cual equivale a un aumento medio de 3,48 meses por año para ambos géneros (3,53 en varones y 3,46 en mujeres). Resulta probable que este incremento de las expectativas de vida se deba a la mejora general de las condiciones de vida en Extremadura.

Durante todo el periodo estudiado, la EVN es mayor para las mujeres que para los hombres; así en 2006 las mujeres han tenido una EVN del orden de 6,87 años mayor que la de los hombres, lo que se corresponde perfectamente con los datos proporcionados por la literatura científica.

La Tabla 1.17 muestra la sobreestimación de la esperanza de vida al nacer con las defunciones de extremeños fallecidos fuera de Extremadura desde el año 1991 hasta el 2000.

Años	Varones	Mujeres	Ambos géneros
1991	0,92	0,77	0,62
1992	0,91	1,03	0,58
1993	1,02	0,93	0,66
1994	1,17	1,07	0,72
1995	1,12	0,84	0,71
1996	1,13	1,22	0,92
1997	1,16	1,15	0,94
1998	0,96	1,03	0,83
1999	0,86	1,02	0,96
2000	1,84	0,98	0,97

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Durante todo el periodo estudiado puede observarse una ligera sobreestimación de la EVN, siempre con cifras próximas a un año, cuando se consideran las defunciones de extremeños fallecidos fuera de Extremadura respecto a cuando no se tienen en cuenta.

2. SALUD PERCIBIDA

CAPÍTULO

Conocer la morbilidad percibida y los factores relacionados por los ciudadanos con la existencia de un mejor o peor nivel de salud, precisa de la realización de encuestas de salud entre la población. En 2001, la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura llevó a cabo la primera Encuesta de Salud de Extremadura. En 2005, se realizó la segunda, siguiendo ambas el cuestionario de la Encuesta Nacional de Salud, con algunas variaciones en la última.

El ámbito de la encuesta fue el territorio de la Comunidad Autónoma de Extremadura, y el universo estuvo constituido por su población residente no institucionalizada en el momento de su realización. Se consideraron dos poblaciones: población adulta (residentes con 16 o más años cumplidos) y población infantil (residentes con menos de 16 años cumplidos). En los siguientes epígrafes se ofrecen los resultados más significativos que se han obtenido.

2.1 ESTADO DE SALUD PERCIBIDO EN POBLACIÓN ADULTA

2.1.1 SALUD PERCIBIDA

En 2005, el 69,2% de los extremeños ha considerado su estado de salud en los últimos 12 meses como bueno o muy bueno, el 23,2%, lo ha considerado regular y el 7,5% lo ha considerado malo o muy malo, siendo esta valoración, en general, más positiva que en 2001. Tabla 2.1 y Figura 2.1.

Tabla.- 2.1 Estado de salud percibido por la población adulta extremeña en los últimos doce meses. Porcentaje sobre el número correspondiente de encuestados. 2005

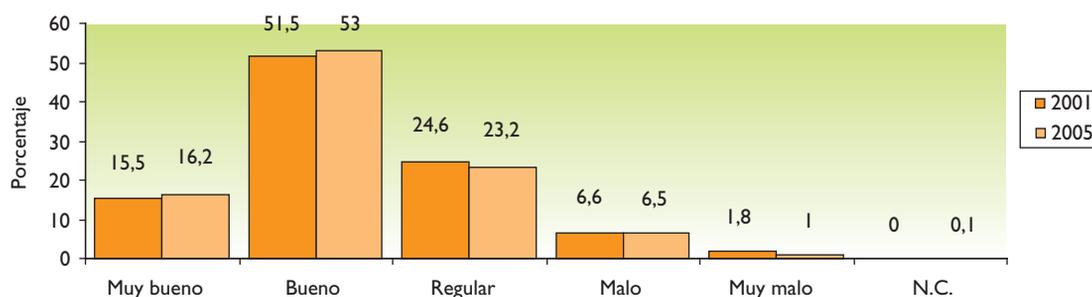
Estado de salud percibido	Varones	Mujeres	Ambos géneros
Muy bueno	17,0	15,5	16,2
Bueno	56,6	49,4	53,0
Regular	20,9	25,4	23,2
Malo	4,8	8,1	6,5
Muy malo	0,6	1,3	1,0
No contesta (N.C.)	0,1	0,2	0,1
Nº correspondiente de encuestados	1.533	1.599	3.152

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuesta de Salud de Extremadura 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

Figura 2.1

Estado de salud percibido en los últimos doce meses. Porcentaje sobre el número correspondiente de encuestados. Extremadura. 2001 y 2005



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuestas de Salud de Extremadura 2001 y 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Sin embargo, el 17,2% de los extremeños padeció durante los últimos 12 meses alguna dolencia, enfermedad o impedimento que limitó su actividad más de 10 días. Tabla 2.2.

Tabla 2.2

Padecimiento de algún tipo de dolencia, enfermedad o impedimento que ha limitado su actividad por más de 10 días en los últimos 12 meses. Porcentaje sobre el número correspondiente de encuestados. Extremadura. 2005

	Varones	Mujeres	Ambos géneros
Sí	15.3	19.1	17.2
No	84.3	80.6	82.4
N.C.	0.4	0.3	0.4
Nº correspondiente de encuestados	1.533	1.599	3.152

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuesta de Salud de Extremadura 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El tipo de proceso que más frecuentemente limitó dicha actividad fue de tipo músculo-esquelético tales como artrosis, reumatismo, gota, dolor de espalda o lumbago (30,3% de los casos), y fracturas, traumatismos, luxaciones o problemas de ligamentos o huesos (15,9%); seguidos de problemas cardiocirculatorios, con el 10,8%. Tabla 2.3.

Comparando los resultados con los de la Encuesta de 2001, los extremeños perciben un estado de salud mejor que hace 4 años y hay un ligero descenso en el número de

Tabla 2.3

Tipo de dolencia, enfermedad o impedimento que ha limitado su actividad por más de 10 días en los últimos 12 meses. Porcentaje sobre el número correspondiente de encuestados. Extremadura. 2005

CAPÍTULO

	Varones	Mujeres	Ambos géneros
Artrosis, reumatismo, gota, dolor de espalda, lumbago	25,5	34	30,3
Gripes, catarros, anginas	5	5,3	5,1
Dolor de cabeza	0	1,3	0,7
Alergia	0,3	1,5	1
Varices	1,1	0	0,5
Hemorroides	0,6	0	0,3
Fracturas, traumatismos, luxaciones, ligamentos, huesos	19,6	13	15,9
Enfermedades y dolores de los ojos	2,8	2,6	2,7
Enfermedades y dolores de los oídos	0	1,6	0,9
Enfermedades y dolencias corazón y aparato circulatorio	13,1	9	10,8
Enfermedades aparato respiratorio que no sean gripes	10,2	4,2	6,8
Enfermedades del aparato digestivo: esófago, estómago	9,7	2,1	5,5
Enfermedades del aparato digestivo: hígado, vesícula b.	4,4	3	3,6
Enfermedades genitourinarias; próstata, riñón	4,4	6,7	5,7
Enfermedades de la piel: herpes, forúnculos, hongos	0,3	1	0,7
Enfermedades neurológicas: Parkinson, temblores	0,7	1,1	0,9
Parto, embarazo, aborto, hemorragias o problemas parto	0	3	1,7
Enfermedades del metabolismo y endocrino	1,3	3,4	2,5
Problemas psíquicos: depresión, nervios, alcohol, drogas	4,4	9	7
Enfermedades de la sangre y ganglios linfáticos	0,7	4,6	3,6
Otras dolencias	2,3	4,6	3,6
Nº correspondiente de encuestados	226	288	514

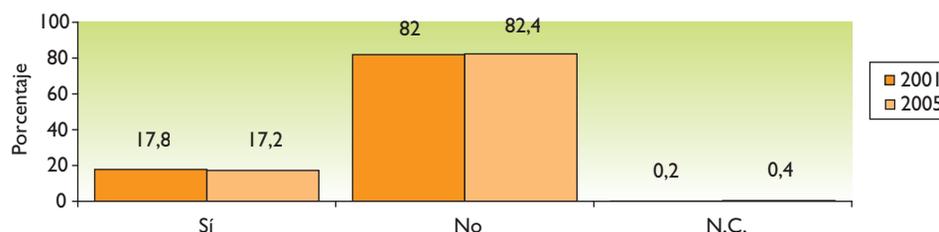
Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuesta de Salud de Extremadura 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

los que han tenido alguna dolencia, enfermedad o impedimento que limitara su actividad por más de 10 días, siendo las causas más frecuentes las mismas que en 2001. Figura 2.2.

CAPÍTULO

Figura 2.2

Padecimiento de algún tipo de dolencia, enfermedad o impedimento que ha limitado su actividad por más de 10 días en los últimos doce meses. En porcentaje. Extremadura. 2001 y 2005



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuestas de Salud de Extremadura 2001 y 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La principal dolencia, enfermedad o impedimento que ha limitado para trabajar por más de diez días en los últimos doce meses ha sido la artrosis, reumatismo, gota, dolor de espalda, o lumbago; seguido a gran distancia de las fracturas, traumatismos, luxaciones, de ligamentos o huesos; y de las enfermedades y dolencias de corazón y aparato respiratorio.

En 2005, el 11,2% de los extremeños tuvo que reducir o limitar sus actividades habituales realizadas en el tiempo libre durante las dos semanas anteriores por algún dolor o síntoma, bajando 2 puntos con respecto a 2001. Tabla 2.4 y Figura 2.3.

Tabla 2.4

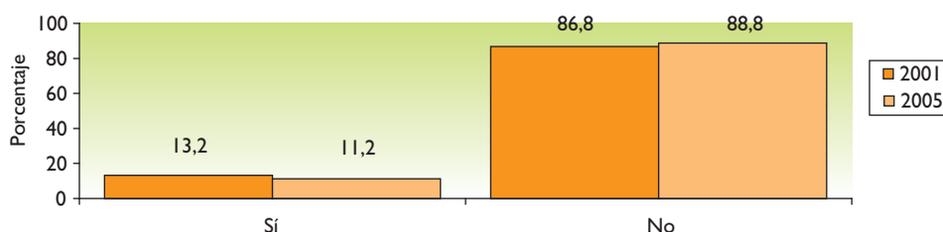
Personas que en las últimas dos semanas han tenido que limitar las actividades de ocio por algún dolor o síntoma. Porcentaje sobre el número correspondiente de encuestados. Extremadura. 2005

	Varones	Mujeres	Ambos géneros
Sí	9	13,2	11,2
No	90,9	86,7	88,8
Nº correspondiente de encuestados	1.533	1.599	3.152

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuesta de Salud de Extremadura 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Figura 2.3

Personas que en las dos últimas semanas han tenido que limitar las actividades de ocio por algún dolor o síntoma. En porcentaje. Extremadura. 2001 y 2005



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuestas de Salud de Extremadura 2001 y 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Los motivos más frecuentes fueron: dolor de huesos, de columna o de articulaciones en el 43,2% de los casos; problemas de garganta, tos, catarro o gripe en el 14,3%; problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir en el 8,5%; y dolor de cabeza y mareos o vahídos en el 6,6%. Tabla 2.5.

Tabla 2.5

Tipo de dolencia, enfermedad o impedimento que ha limitado las actividades de ocio en las últimas dos semanas. Porcentaje sobre el número correspondiente de encuestados. Extremadura. 2005

	Varones	Mujeres	Ambos géneros
Dolor de huesos, de columna o de articulaciones	35,2	48,5	43,2
Problemas de nervios, depresión o dificultad dormir	6,1	10	8,5
Problemas de garganta, tos, catarro o gripe	15	13,8	14,3
Dolor de cabeza	2,7	9,2	6,6
Contusión, lesión o heridas	7,7	3,3	5,1
Dolor de oídos, otitis	0	0,2	0,1
Diarreas o problemas intestinales	3,7	2,6	3
Ronchas, picor, alergias	1,4	4,3	3,2
Molestias de riñón o urinarias	2,6	3,6	3,2
Problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar	0,7	5,3	3,5
Fiebre	1	2,9	2,2
Problemas con los dientes o encías	2,8	0,4	1,3
Mareos o vahídos	4,9	7,8	6,6
Dolor en el pecho	2,8	1,8	2,2
Tobillos hinchados	0	4,7	2,8
Ahogo, dificultad para respirar	9,2	7,7	8,3
Cansancio sin razón aparente	5,7	5,9	5,8
Otros	18,5	20,5	19,7
N.C.	0,3	0,7	0,5
Nº correspondiente de encuestados	140	211	351

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuesta de Salud de Extremadura 2005.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La limitación de la actividad laboral por alguna molestia o síntoma afectó al 10% de los extremeños en 2005. Tabla 2.6 y Figura 2.4.

Tabla 2.6

Personas que en las últimas dos semanas han tenido que limitar las actividades laborales por algún dolor o síntoma. Porcentaje sobre el número correspondiente de encuestados. Extremadura. 2005

	Varones	Mujeres	Ambos géneros
Sí	7,7	12,2	10
No	92,2	87,8	90
Nº correspondiente de encuestados	1.533	1.599	3.152

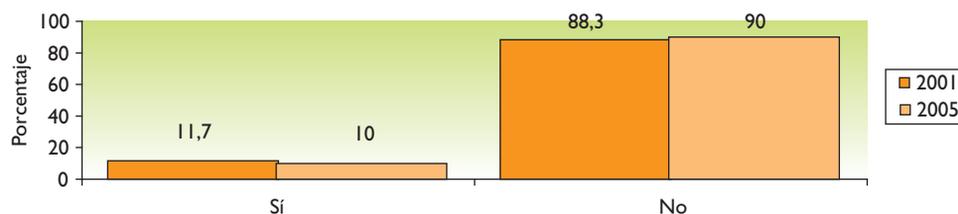
Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuesta de Salud de Extremadura 2005.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

Figura 2.4

Personas que en las dos últimas semanas han tenido que limitar las actividades laborales por algún dolor o síntoma. En porcentaje. Extremadura. 2001 y 2005



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuestas de Salud de Extremadura 2001 y 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Las causas más frecuentes de la limitación de actividad laboral fueron: dolor de huesos de columna o de las articulaciones en el 43,9%; problemas de garganta, tos, catarro o gripe en el 11,8%; y problemas de nervios, depresión o dificultad para dormir en el 8,9%. Tabla 2.7.

Tabla 2.7

Tipo de dolencia, enfermedad impedimento que ha limitado las actividades laborales en las últimas dos semanas. Porcentaje sobre el número correspondiente de encuestados. Extremadura. 2005

	Varones	Mujeres	Ambos géneros
Dolor de huesos, de columna o de articulaciones	36,2	48,6	43,9
Problemas de nervios, depresión o dificultad dormir	4,3	11,7	8,9
Problemas de garganta, tos, catarro o gripe	14,1	10,4	11,8
Dolor de cabeza	1,9	11,4	7,8
Contusión, lesión o heridas	8,1	4,3	5,8
Dolor de oídos, otitis	0	0	0
Diarreas o problemas intestinales	4	2,8	3,3
Ronchas, picor, alergias	1,6	3,9	3,1
Molestias de riñón o urinarias	3	4,2	3,7
Problemas de estómago, digestivo, hígado o vesícula biliar	1,5	4,4	3,3
Fiebre	1,2	1,7	1,5
Problemas con los dientes o encías	2,4	0,2	1
Mareos o vahídos	5,4	8,2	7,1
Dolor en el pecho	2,6	2	2,2
Tobillos hinchados	0	4,1	2,5
Ahogo, dificultad para respirar	7,7	6,1	6,7
Cansancio sin razón aparente	4	5,5	4,9
Otros síntomas o dolores	17,8	19,2	2,3
N° correspondiente de encuestados	120	195	315

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuesta de Salud de Extremadura 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

2.1.2 TRASTORNOS CRÓNICOS

Durante el año 2005, el 40,8% de los extremeños padecía una enfermedad crónica diagnosticada por su médico, 0,5 puntos menos que en 2001. Las más frecuentes son la hipertensión arterial, padecida por el 18,6% de los encuestados, y el colesterol elevado, por el 13,1%; seguidas por alergias en el 8,5%, diabetes en el 7,7%, depresión en el 7,3%, alguna enfermedad del corazón en el 6,5%, asma o bronquitis crónica en el 4,9% y úlcera de estómago en el 3,5%. Las tres primeras causas son las mismas que en el año 2001.

2.2 ESTADO DE SALUD PERCIBIDO EN POBLACIÓN INFANTIL

En 2005, el 94,3% de los padres, madres o tutores de los niños extremeños ha considerado que el estado de salud de sus hijos en los últimos 12 meses ha sido bueno o muy bueno, el 5,5% lo ha considerado regular, y el 0,2% lo ha considerado malo. Comparando estos resultados con los de 2001, un 1,1% más de padres, madres o tutores ha percibido un estado de salud mejor que hace 5 años. Tabla 2.8 y Figura 2.5.

Tabla 2.8

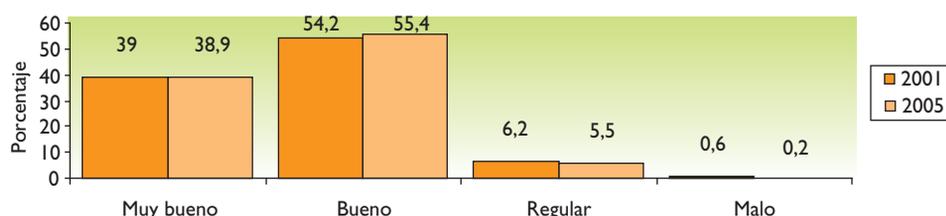
Estado de salud percibido del niño percibido en los últimos doce meses. Porcentaje sobre el número correspondiente de encuestados. Extremadura. 2005

	Varones	Mujeres	Ambos géneros
Muy bueno	35	43,1	38,9
Bueno	58,6	52,1	55,4
Regular	6,1	4,8	23,2
Malo	0,3	0	0,2
Nº correspondiente de encuestados	412	388	800

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuesta de Salud de Extremadura 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Figura 2.5

Estado de salud del niño percibido en los últimos doce meses, en porcentaje. Extremadura. 2001 y 2005



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuestas de Salud de Extremadura 2001 y 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

Sin embargo, el 7,2% de los niños extremeños ha tenido en los últimos doce meses alguna dolencia, enfermedad o impedimento que limitó su actividad cotidiana por más de 10 días, con mayor porcentaje en varones (9,3%) que en mujeres (5,1%). El tipo de proceso que más frecuentemente limitó dicha actividad fue enfermedades del aparato respiratorio que no sean gripes, en el 26,3% de los casos. La segunda enfermedad más frecuente fue fracturas, traumatismos, luxaciones, etc., con un 13%; seguidos de faringitis, amigdalitis, con un 9,4%. Tabla 2.9.

Tabla 2.9

Algún tipo de dolencia, enfermedad o impedimento que haya limitado la actividad del niño por más de 10 días en los últimos 12 meses. Porcentaje sobre el número correspondiente de encuestados. Extremadura. 2005

	Varones	Mujeres	Ambos géneros
Sí	9,3	5,1	7,2
No	90,5	91,9	92,6
Nº correspondiente de encuestados	412	388	800

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuesta de Salud de Extremadura 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Asimismo, el 9% de los niños extremeños tuvieron que reducir o limitar sus actividades habituales realizadas en el tiempo libre en las dos semanas anteriores por algún dolor o síntoma, con una duración media de 4,8 días de limitación o reducción. Los motivos específicos más frecuentes fueron los mismos que en 2001: problemas de garganta, tos, catarro o gripe en el 49% de los casos; seguido de diarreas o problemas intestinales en el 13,8%; y contusiones, lesiones y heridas en el 9,5%.

Las limitaciones referidas a la actividad principal (colegio, guardería, instituto, etc.) afectaron al 7,9% de los niños extremeños, 2,4 puntos menos que en 2001, con una media de 4,3 días de duración. Las causas fueron similares: problemas de garganta, tos, catarro o gripe en el 54,7% de los casos; diarreas o problemas intestinales en el 14,8% de los casos; y contusiones, lesiones y heridas en el 5,5%.

El 4,3% de los niños extremeños ha sufrido algún tipo de accidente por agresión, intoxicación o quemadura en los 12 últimos meses, 1,3 puntos menos que en 2001, con mayor porcentaje en varones (6,1%) que en mujeres (2,4%). El 39,4% de los accidentes producidos lo fueron en la calle (pero no de tráfico), el 26,4% en casa, escalera, etc., y el 25,2% en el trabajo o lugar de estudio. En el 45,8% de los casos hubo que consultar a un médico o enfermera, y en el 45,1% fue necesario acudir a un centro de urgencia. El tipo de daño que sufrió el niño fue, en un 67,3% de los casos, contu-

sión-hematoma o esguince-luxación, y en un 18,4% fracturas o heridas profundas, similar a 2001, con un 65,4% y 28,8% respectivamente. Tabla 2.10 y Figura 2.6.

Tabla 2.10

Algún tipo de accidente incluido agresión, intoxicación o quemaduras sufrido por el niño en los últimos 12 meses. Porcentaje sobre el número correspondiente de encuestados. Extremadura. 2005

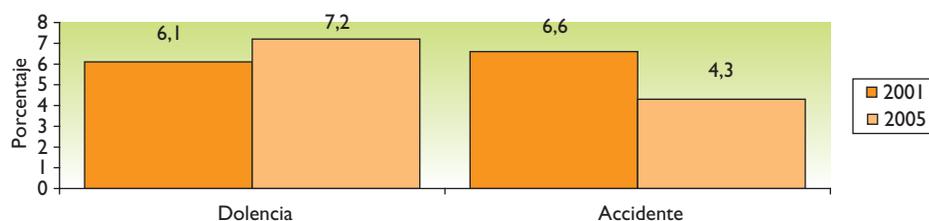
	Varones	Mujeres	Ambos géneros
Sí	6,1	2,4	4,3
No	93,9	97,6	95,7
Nº correspondiente de encuestados	1.533	1.599	3.152

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuesta de Salud de Extremadura 2005.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Figura 2.6

Dolencia, enfermedad o impedimento que haya limitado la actividad del niño extremeño por más de 10 días en los últimos 12 meses; accidente sufrido por el niño extremeño en los últimos 12 meses (incluyendo agresión, intoxicación o quemaduras). En porcentaje. Extremadura. 2001 y 2005



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuestas de Salud de Extremadura 2001 y 2005.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El 3,2% de los niños extremeños (en similar porcentaje de varones y mujeres) ha estado obligado, durante 2005, a quedarse más de la mitad de un día en cama por motivos de salud en las dos últimas semanas (contando también los días pasados en el hospital); la media de estancia en cama ha sido de 3,55 días. Tabla 2.11.

Tabla 2.11

Días en los que han estado obligados a pasar más de la mitad de un día en cama. Porcentaje sobre el número correspondiente de encuestados y media en días. Extremadura. 2005

	Varones	Mujeres	Ambos géneros
Menos de 2 días	72,9	39,2	56,5
De 3 a 5 días	11,6	38	24,5
De 6 a 10 días	15,5	6,1	10,9
Más de 10 días	0	16,7	8,2
Nº correspondiente de encuestados	13	12	25
Media en días	2,49	4,66	3,55

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuesta de Salud de Extremadura 2005.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

3. MORTALIDAD

Los datos de mortalidad en Extremadura proporcionados por el INE se refieren a los residentes habitualmente en Extremadura que han fallecido durante el periodo considerado, independientemente del lugar de España donde se produjo la defunción.

La mortalidad en Extremadura se inserta en el modelo que caracteriza a los países europeos, es decir:

- Bajas mortalidad general e infantil.
- Esperanza de vida al nacer próxima a los 80 años, siendo superior en mujeres.
- Patrón de mortalidad en el que predominan las enfermedades crónicas y degenerativas sobre las patologías infecciosas.

3.1 MORTALIDAD GENERAL

En el año 2006 se produjeron en Extremadura un total de 10.359 defunciones por todas las causas, 812 menos que las registradas en 2005 (lo que supone un descenso del 7,3%), con una tasa bruta de mortalidad para ambos géneros de 953,54 fallecidos por cada 100.000 habitantes (correspondiendo la base de población a enero de 2006). Tabla 3.1. En España, el descenso fue del 4,1% y la tasa bruta se situó en 830,88.

Tabla 3.1

Evolución del número de defunciones por grandes causas de defunción (CIE-10). Extremadura. 2000-2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
I Enfermedades infecciosas	172	185	172	200	173	216	192
II Tumores	2.661	2.759	2.748	2.931	2.769	2.860	2.822
III Enfermedades de la sangre	35	24	40	31	36	40	38
IV Enfermedades endocrinas	339	364	403	385	368	348	350
V Trastornos mentales	94	112	193	241	239	223	213
VI-VIII Sistema nervioso y org. sentidos	201	251	304	324	324	391	408
IX Sistema circulatorio	3.806	3.587	3.726	3.908	3.572	3.774	3.425
X Sistema respiratorio	1.395	1.277	1.209	1.310	1.127	1.426	1.082
XI Sistema digestivo	517	525	526	571	494	576	602
XII Enfermedades de la piel	34	23	26	26	27	28	24
XIII Osteomuscular	96	119	122	138	136	113	94
XIV Genitourinario	224	253	246	257	210	300	275
XV Embarazo, parto y puerperio	0	0	0	1	0	1	0
XVI Perinatal	22	23	16	22	22	19	21
XVII Congénitas	23	25	23	20	26	22	25
XVIII No clasificadas	379	455	454	470	494	452	450
XX Externas	363	356	341	392	404	382	338
Total	10.361	10.338	10.549	11.227	10.421	11.171	10.359

Fuente: INE. Defunciones según la Causa de Muerte.

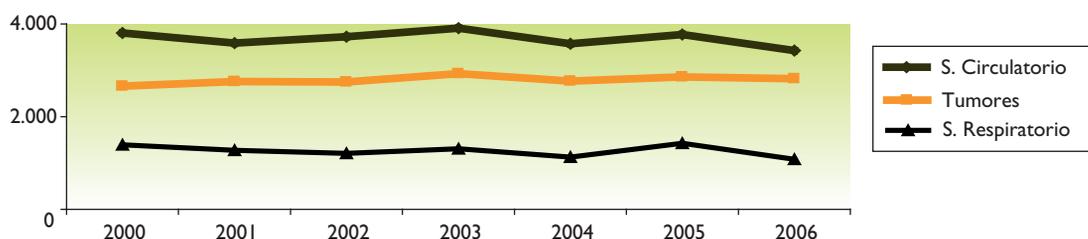
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El grupo de enfermedades cardiovasculares se mantiene en Extremadura como primera causa de muerte para ambos sexos, con el 33,06% del total de fallecimientos; los tumores continúan en segundo lugar con el 27,24%, y las enfermedades respiratorias ocupan el tercer lugar con el 10,45% de defunciones. Durante el año 2006 se produjo un descenso en el número de fallecimientos por las principales causas de defunción (sistema circulatorio, tumores y sistema respiratorio) en comparación con el año 2005, siendo un 24,12% menos para enfermedades respiratorias, y un 9,25% menos para las enfermedades cardiovasculares.

Aún siendo las enfermedades del sistema circulatorio las que más muertes producen, su peso relativo en el total de defunciones experimenta una tendencia al descenso a lo largo del período de estudio, cediendo importancia a otras causas, principalmente tumores, donde se observa una tendencia al aumento. Figura 3.1.

Figura 3.1

Evolución del número de fallecimientos por las principales causas de defunciones (CIE-10). Extremadura. 2000-2006



Fuente: INE. Defunciones según la Causa de Muerte.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

En el año 2006 se produjeron 5.482 defunciones en varones y 4.877 en mujeres, lo que supone una tasa bruta de mortalidad de 1.014,52 varones fallecidos por cada 100.000 varones y de 893,19 mujeres fallecidas por cada 100.000 mujeres (878,51 y 784,32 respectivamente para el total nacional).

Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la primera causa de muerte en las mujeres, mientras que en los hombres son los tumores. Otras diferencias importantes se observan también en fallecimientos por causas externas (se producen más muertes por accidentes y suicidios en varones), y en trastornos mentales, enfermedades del sistema nervioso (como la enfermedad de Alzheimer) y enfermedades endocrinas (como la diabetes), donde son más elevadas en mujeres. Tabla 3.2.

CAPÍTULO

Tabla 3.2

Número de defunciones y porcentaje según distribución por capítulos de la CIE-10. Extremadura. 2006

Año 2006	Varones	Mujeres	Porcentaje		
			A. géneros	Varones	Mujeres
IX Sistema circulatorio	1.544	1.881	33	28	39
II Tumores	1.822	1.000	27	33	21
X Sistema respiratorio	651	431	10	12	9
XI Sistema digestivo	311	291	6	6	6
XVIII Hallazgos anormales. No clasificados	207	243	4	4	5
VI-VIII Enfermedades sist. nervioso y órganos sentidos	179	229	4	3	5
IV Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	137	213	3	3	4
XX Causas externas	239	99	3	4	2
XIV Sistema genitourinario	128	147	3	2	3
V Trastornos mentales y del comportamiento	86	127	2	2	3
I Enfermedades Infecciosas y parasitarias	106	86	2	2	2
XIII Enfermedades osteomuscular y tejido conjuntivo	28	66	1	1	1
III Enfermedades sangre y órganos hematopoyéticos	9	29	0	0	1
XVII Malformaciones congénitas	11	14	0	0	0
XII Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo	8	16	0	0	0
XVI Afecciones del periodo perinatal	16	5	0	0	0
XV Embarazo, parto y puerperio	0	0	0	-	0
Total	5.482	4.877	100	100	100

Fuente: INE. Defunciones según la Causa de Muerte 2006.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Por causas de defunción, las enfermedades cerebrovasculares fueron la primera causa de muerte para ambos sexos, seguidas del infarto agudo de miocardio y de los tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón.

Por sexos, las principales causas de muerte en varones fueron el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón, seguido del infarto agudo de miocardio. En mujeres, las enfermedades cerebrovasculares ocuparon la primera posición, seguidas de la insuficiencia cardíaca.

Dentro de los tumores, la principal causa de fallecimiento fue el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón, para ambos sexos y varones. En mujeres lo fue el tumor maligno de la mama. Tabla 3.3.

Tabla 3.3 Defunciones con mayor peso relativo, según la causa de muerte (CIE-10). Extremadura. 2006

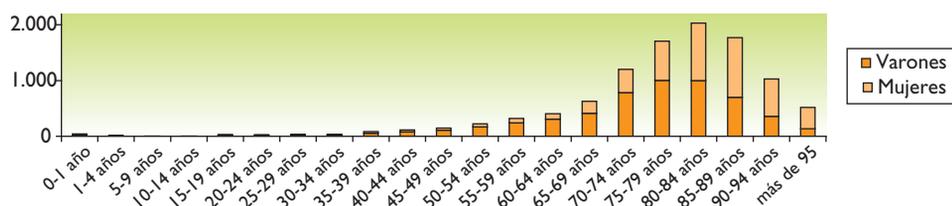
	Varones	Mujeres	Ambos géneros
Enfermedades cerebrovasculares	386	540	926
Infarto agudo de miocardio	441	317	758
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	576	48	624
Insuficiencia cardiaca	182	371	553
Otras enfermedades del corazón	223	298	521
Otras enfermedades del sistema respiratorio	192	218	410
Otras enfermedades del sistema digestivo	171	201	372
Otras enfermedades isquémicas del corazón	175	167	342
Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	256	46	302
Diabetes mellitus	112	184	296
Neumonía	166	116	282
Paro cardíaco, muerte sin asistencia y causas desconocidas	132	127	259
Tumor maligno de colon	139	113	252
Enfermedad de Alzheimer	79	150	229
Tumor de sitio mal definido o secundarios	119	91	210
Enfermedades del riñón y uréter	90	108	198
Trastornos mentales orgánicos	73	125	198
Otras enfermedades del sistema nervioso y órganos sentidos	100	78	178
Tumor maligno del estómago	104	69	173
Enfermedades hipertensivas	52	110	162
Tumor maligno de la próstata	162	0	162
Tumor maligno de mama	2	134	136
Senilidad	32	88	120

Fuente: INE. Defunciones según la Causa de Muerte 2006.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

3.2 MORTALIDAD ESPECÍFICA POR EDAD Y GÉNERO

La causa de mortalidad está muy influenciada por el género y el grupo de edad. La mortalidad alcanza sus picos máximos en los grupos de edad de 75-89 años. Con relación al sexo, los varones superan en mortalidad a las mujeres en todos los grupos de edad hasta llegar a los 80 años, donde se invierte la tendencia. La población de mujeres de más de 79 años casi duplica a la de varones de esa misma edad, indicando por tanto una mayor esperanza de vida en mujeres. Figura 3.2.

Figura 3.2 Evolución de la mortalidad por grupos de edad y género. En número de casos. Extremadura. 2006

Fuente: INE. Defunciones según la Causa de Muerte 2006.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

Mortalidad de 0-1 año (mortalidad infantil)

Para la mortalidad infantil, mortalidad de menores de una semana de vida y muertes fetales tardías, el INE utiliza listas de mortalidad específicas. En el año 2006 se produjeron 42 muertes de menores de 1 año, 26 varones y 16 mujeres, con una tasa de mortalidad específica para esa edad de 488,031, 589,301 y 381,497, respectivamente. Las causas con mayor mortalidad son las afecciones del período perinatal, con una tasa específica por edad de 244,015 por cien mil habitantes para ambos géneros. Tabla 3.4.

Tabla 3.4

Casos y tasas* de mortalidad específica infantil (0-1 año) por cien mil habitantes. Lista específica. Por género. Extremadura. 2006

Mortalidad de 0-1 año	Ambos géneros		Varones		Mujeres	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
I Enfermedades infecciosas y parasitarias	1	11,62	0	0	1	23,84
II Tumores	0	0	0	0	0	0
III Enfermedades sangre y órganos hematopoyéticos	0	0	0	0	0	0
IV Enfermedades endocrinas, nutricionales	3	34,86	2	45,33	1	23,84
VI-VIII Enfermedades sistema nervioso	3	34,86	1	22,67	2	47,69
IX Enfermedades sistema circulatorio	0	0	0	0	0	0
X Enfermedades sistema respiratorio	0	0	0	0	0	0
XI Enfermedades sistema digestivo	0	0	0	0	0	0
XII Enfermedades piel y tejido subcutáneo	0	0	0	0	0	0
XIII Enfermedades sistema osteomuscular	0	0	0	0	0	0
XIV Enfermedades sistema genitourinario	0	0	0	0	0	0
XVI Afecciones periodo perinatal	21	244,02	16	362,65	5	119,22
XVII Malformaciones congénitas	10	116,2	4	90,66	6	143,06
XVIII No clasificadas en otra parte	3	34,86	2	45,33	1	23,84
XX Causas externas	1	11,62	1	22,67	0	0
Total	42	488,03	26	589,3	16	381,5

Fuente: INE (*calculadas con datos de población a 1 de enero de 2006).

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Dentro de la mortalidad infantil se incluyen las defunciones de menores de una semana, que fueron 13 en 2006 (9 varones y 4 mujeres), 9 de ellas por afecciones originadas en el período perinatal (3 por trastornos respiratorios y cardiovasculares, 3 por trastornos relacionados con la duración de la gestación, 1 por trastornos hemorrágicos, 1 por trastornos del sistema digestivo y 1 por otras complicaciones), 3 por malformaciones congénitas y deformidades, 1 por otras enfermedades del feto y recién nacido, y ninguna por causas externas de lesiones al recién nacido.

Con respecto a la muerte fetal tardía (fallecimiento antes de su completa expulsión o extracción del cuerpo de la madre, de un producto de la concepción viable), en Extremadura se comunicaron al Registro Civil 39 defunciones (17 varones y 22 mujeres), todas ellas por afecciones originadas en el período perinatal, y ninguna por malformaciones congénitas o por causas externas de lesiones al recién nacido.

La tasa bruta de mortalidad infantil en Extremadura experimenta un continuo descenso desde 1975, al igual que en los países europeos de nuestro entorno, situándose en cifras similares e incluso más bajas a la de estos países y España. Tabla 3.5.

Tabla 3.5

Evolución* de la tasa bruta de mortalidad infantil (defunciones de menores de 1 año por 1.000 nacidos). Extremadura y países europeos. 1975-2006

	CAE	España	Portugal	Italia	Irlanda	P. Bajos	R. Unido
1975	22,9	18,88	38,90	21,20	17,50	10,60	18,90
1980	14,02	12,34	24,20	14,60	11,10	8,60	13,90
1985	10,31	8,92	17,80	10,50	8,80	8,00	11,10
1990	6,50	7,60	11,00	8,20	8,20	7,10	7,90
1995	4,70	5,49	7,50	6,20	6,40	5,50	6,20
2000	4,93	4,38	5,50	4,50	6,20	5,10	5,60
2001	4,44	4,08	5,00	4,60	5,70	5,40	5,50
2002	3,27	4,15	5,00	4,40	5,10	5,00	5,20
2003	3,51	3,92	4,10	4,00	5,10	4,80	5,30
2004	3,64	3,99	3,80		4,90	4,40	5,00
2005	4,20	3,78	3,50		4,00	4,90	
2006	4,15	3,53					

Fuentes: INE y EUROSTAT (*datos sujetos a actualización continua, no siempre acordes a la última actualización).

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Mortalidad de 1-4 años

En 2006 se produjeron 14 muertes en la población de 1 a 4 años, 9 varones y 5 mujeres, con tasas específicas por edad de 35,841; 44,569 y 26,499, respectivamente. Tabla 3.6.

Tabla 3.6

Casos y tasas* de mortalidad específica de 1-4 años por cien mil habitantes, por grandes causas de defunción (CIE-10). Extremadura. 2006

Mortalidad de 1-4 años	Ambos géneros		Varones		Mujeres	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
I Enfermedades infecciosas	0	0	0	0	0	0
II Tumores	1	2,56	1	4,95	0	0
III Enfermedades sangre	0	0	0	0	0	0
IV Enfermedades Endocrinas	2	5,12	1	4,95	1	5,3
V Trastornos mentales	0	0	0	0	0	0
VI-VIII Sistema nervioso	2	5,12	1	4,95	1	5,3
IX Sistema circulatorio	0	0	0	0	0	0
X Sistema respiratorio	2	5,12	2	9,9	0	0
XI Sistema digestivo	0	0	0	0	0	0
XII Enfermedades de la piel	0	0	0	0	0	0
XIII Osteomuscular	0	0	0	0	0	0
XIV Genitourinario	0	0	0	0	0	0
XV Embarazo, parto y puerperio	0	0	0	0	0	0
XVI Perinatal	0	0	0	0	0	0
XVII Congénitas	0	0	0	0	0	0
XVIII No clasificadas	2	5,12	1	4,95	1	5,3
XX Externas	5	12,8	3	14,86	2	10,6
Total	14	35,84	9	44,57	5	26,5

Fuente: INE (*calculadas con datos de población a 1 de enero de 2006).

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

Mortalidad de 5-14 años

En 2006 se produjeron 8 muertes en la población de 5 a 14 años para ambos géneros, 4 varones y 4 mujeres, con tasas específicas por edad de 7,049; 6,896 y 7,209. Tabla 3.7.

Tabla 3.7

Casos y tasas* de mortalidad específica de 5-14 años por cien mil habitantes, por grandes causas de defunción (CIE-10). Extremadura. 2006

Mortalidad de 5-14 años	Ambos géneros		Varones		Mujeres	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
I Enfermedades infecciosas	0	0	0	0	0	0
II Tumores	0	0	0	0	0	0
III Enfermedades de la sangre	0	0	0	0	0	0
IV Enfermedades endocrinas	1	0,88	1	1,72	0	0
V Trastornos mentales	1	0,88	0	0	1	1,8
VI-VIII Sistema nervioso y órg. sentidos	1	0,88	1	1,72	0	0
IX Sistema circulatorio	0	0	0	0	0	0
X Sistema respiratorio	0	0	0	0	0	0
XI Sistema digestivo	0	0	0	0	0	0
XII Enfermedades de la piel	0	0	0	0	0	0
XIII Osteomuscular	0	0	0	0	0	0
XIV Genitourinario	0	0	0	0	0	0
XV Embarazo, parto y puerperio	0	0	0	0	0	0
XVI Perinatal	0	0	0	0	0	0
XVII Congénitas	3	2,64	0	0	3	5,41
XVIII No clasificadas	1	0,88	1	1,72	0	0
XX Externas	1	0,88	1	1,72	0	0
Total	8	7,05	4	6,9	4	7,21

Fuente: INE (*calculadas con datos de población a 1 de enero de 2006).

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Mortalidad de 15-24 años (mortalidad de los jóvenes)

En 2006 se produjeron 57 muertes en la población de 15-24 años para ambos géneros (tasa específica por edad de 39,993), la mayoría varones (45 defunciones). Las causas externas representan más del 66% de las muertes en jóvenes (tasa específica por edad de 26,662) y, dentro de ellas, los accidentes de tráfico de vehículos de motor producen el 44% del total de muertes para esta edad. Tabla 3.8.

Tabla 3.8

Casos y tasas* de mortalidad específica de 15-24 años por cien mil habitantes, por grandes causas de defunción (CIE-10). Extremadura. 2006

Mortalidad de 15-24 años	Ambos géneros		Varones		Mujeres	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
I Enfermedades infecciosas	0	0	0	0	0	0
II Tumores	3	2,1	3	4,06	0	0
III Enfermedades de la sangre	1	0,7	0	0	1	1,46
IV Enfermedades endocrinas	0	0	0	0	0	0
V Trastornos mentales	0	0	0	0	0	0
VI-VIII Sistema nervioso y órg. sentidos	2	1,4	0	0	2	2,91
IX Sistema circulatorio	0	0	0	0	0	0
X Sistema respiratorio	4	2,81	3	4,06	1	1,46
XI Sistema digestivo	0	0	0	0	0	0
XII Enfermedades de la piel	0	0	0	0	0	0
XIII Osteomuscular	0	0	0	0	0	0
XIV Genitourinario	1	0,7	0	0	1	1,46
XV Embarazo, parto y puerperio	0	0	0	0	0	0
XVI Perinatal	0	0	0	0	0	0
XVII Congénitas	1	0,7	1	1,35	0	0
XVIII No clasificadas	7	4,91	6	8,13	1	1,46
XX Externas	38	26,66	32	43,35	6	8,73
Total	57	39,99	45	60,97	12	17,46

Fuente: INE (*calculadas con datos de población a 1 de enero de 2006).
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Mortalidad de 25-34 años

En el año 2006 se produjeron 69 muertes en la población de 25-34 años para ambos géneros (tasa específica de 43,050). Por sexos, la mortalidad fue muy superior en varones (49 defunciones y una tasa específica por edad de 59,498) que en mujeres (20 defunciones y una tasa específica por edad de 25,666). La causa con mayor mortalidad, al igual que ocurre con el grupo de edad anterior, fue la causa externa de defunción, con 33 fallecimientos y una tasa específica de 20,589. Tabla 3.9.

CAPÍTULO

Tabla 3.9

Casos y tasas* de mortalidad específica de 25-34 años por cien mil habitantes, por grandes causas de defunción (CIE-10). Extremadura. 2006

Mortalidad de 25-34 años	Ambos géneros		Varones		Mujeres	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
I Enfermedades infecciosas	4	2,5	3	3,64	1	1,28
II Tumores	14	8,73	8	9,71	6	7,7
III Enfermedades de la sangre	0	0	0	0	0	0
IV Enfermedades endocrinas	0	0	0	0	0	0
V Trastornos mentales	0	0	0	0	0	0
VI-VIII Sistema nervioso y órg. sentidos	5	3,12	3	3,64	2	2,57
IX Sistema circulatorio	2	1,25	1	1,21	1	1,28
X Sistema respiratorio	4	2,5	1	1,21	3	3,85
XI Sistema digestivo	2	1,25	1	1,21	1	1,28
XII Enfermedades de la piel	0	0	0	0	0	0
XIII Osteomuscular	1	0,62	1	1,21	0	0
XIV Genitourinario	0	0	0	0	0	0
XV Embarazo, parto y puerperio	0	0	0	0	0	0
XVI Perinatal	0	0	0	0	0	0
XVII Congénitas	2	1,25	1	1,21	1	1,28
XVIII No clasificadas	2	1,25	1	1,21	1	1,28
XX Externas	33	20,59	29	35,21	4	5,13
Total	69	43,05	49	59,5	20	25,67

Fuente: INE (*calculadas con datos de población a 1 de enero de 2006).

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Mortalidad de 35-44 años

En 2006 se produjeron 199 muertes en la población de 35-44 años para ambos géneros (tasa específica de mortalidad de 116,508). Por sexos, la mortalidad fue muy superior en varones (133 defunciones y una tasa específica por edad de 151,980) que en mujeres (66 defunciones y una tasa específica por edad de 79,239). Las causas con mayor mortalidad fueron los tumores, con una tasa específica por edad de 39,226 para ambos géneros, y doblando en número a las muertes por causas externas y por enfermedades del sistema circulatorio. Tabla 3.10.

Tabla 3.10

Casos y tasas* de mortalidad específica de 35-44 años por cien mil habitantes, por grandes causas de defunción (CIE-10). Extremadura. 2006

CAPÍTULO

Mortalidad de 35-44 años	Ambos géneros		Varones		Mujeres	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
I Enfermedades infecciosas	15	8,78	13	14,86	2	2,4
II Tumores	67	39,23	38	43,42	29	34,82
III Enfermedades de la sangre	0	0	0	0	0	0
IV Enfermedades endocrinas	2	1,17	1	1,14	1	1,2
V Trastornos mentales	1	0,59	1	1,14	0	0
VI-VIII Sistema nervioso y órg. sentidos	6	3,51	3	3,43	3	3,6
IX Sistema circulatorio	31	18,15	21	24	10	12,01
X Sistema respiratorio	13	7,61	11	12,57	2	2,4
XI Sistema digestivo	12	7,03	9	10,28	3	3,6
XII Enfermedades de la piel	0	0	0	0	0	0
XIII Osteomuscular	0	0	0	0	0	0
XIV Genitourinario	1	0,59	1	1,14	0	0
XV Embarazo, parto y puerperio	0	0	0	0	0	0
XVI Perinatal	0	0	0	0	0	0
XVII Congénitas	3	1,76	1	1,14	2	2,4
XVIII No clasificadas	13	7,61	8	9,14	5	6
XX Externas	35	20,49	26	29,71	9	10,81
Total	199	116,51	133	151,98	66	79,24

Fuente: INE (*calculadas con datos de población a 1 de enero de 2006).

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Mortalidad de 45-54 años

En el año 2006 se produjeron 371 muertes en la población de 45-54 años para ambos géneros, 279 varones y 92 mujeres, con tasas específicas por edad de 270,274; 387,295 y 141,039, respectivamente. Por sexos, las mujeres sólo representaron una cuarta parte de las muertes en este grupo, con una relación 1:3 respecto a los varones. Las causas con mayor mortalidad fueron los tumores, doblando en número a las enfermedades del sistema circulatorio. Tabla 3.11.

CAPÍTULO

Tabla 3.11

Casos y tasas* de mortalidad específica de 45-54 años por cien mil habitantes, por grandes causas de defunción (CIE-10). Extremadura. 2006

Mortalidad de 45-54 años	Ambos géneros		Varones		Mujeres	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
I Enfermedades infecciosas	16	11,66	14	19,43	2	3,07
II Tumores	162	118,02	114	158,25	48	73,59
III Enfermedades de la sangre	3	2,19	1	1,39	2	3,07
IV Enfermedades endocrinas	7	5,1	4	5,55	3	4,6
V Trastornos mentales	3	2,19	3	4,16	0	0
VI-VIII Sistema nervioso y órg. sentidos	5	3,64	3	4,16	2	3,07
IX Sistema circulatorio	68	49,54	57	79,12	11	16,86
X Sistema respiratorio	17	12,38	12	16,66	5	7,67
XI Sistema digestivo	37	26,95	30	41,64	7	10,73
XII Enfermedades de la piel	0	0	0	0	0	0
XIII Osteomuscular	2	1,46	1	1,39	1	1,53
XIV Genitourinario	1	0,73	1	1,39	0	0
XV Embarazo, parto y puerperio	0	0	0	0	0	0
XVI Perinatal	0	0	0	0	0	0
XVII Congénitas	0	0	0	0	0	0
XVIII No clasificadas	16	11,66	13	18,05	3	4,6
XX Externas	34	24,77	26	36,09	8	12,26
Total	371	270,27	279	387,3	92	141,04

Fuente: INE (*calculadas con datos de población a 1 de enero de 2006).

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Mortalidad de 55-64 años

En el año 2006 se produjeron 727 muertes en la población de 55-64 años para ambos géneros, 548 varones y 179 mujeres, con tasas específicas por edad de 688,857; 1.042,062 y 338,061, respectivamente. Por sexos, las mujeres siguen representando sólo una cuarta parte de las muertes a esta edad. Las causas con mayor mortalidad dentro de este grupo de edad continuaron siendo los tumores, al igual que en los dos anteriores grupos, que volvieron a doblar en número a la segunda causa más importante, las enfermedades del sistema circulatorio. Tabla 3.12.

Tabla 3.12

Casos y tasas* de mortalidad específica de 55-64 años por cien mil habitantes, por grandes causas de defunción (CIE-10). Extremadura. 2006

CAPÍTULO

Mortalidad de 55-64 años	Ambos géneros		Varones		Mujeres	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
I Enfermedades infecciosas	17,00	16,11	11,00	20,92	6,00	11,33
II Tumores	334,00	316,48	254,00	483,00	80,00	151,09
III Enfermedades de la sangre	2,00	1,90	0,00	0,00	2,00	3,78
IV Enfermedades endocrinas	25,00	23,69	16,00	30,43	9,00	17,00
V Trastornos mentales	6,00	5,69	6,00	11,41	0,00	0,00
VI-VIII Sistema nervioso y órg. sentidos	27,00	25,58	19,00	36,13	8,00	15,11
IX Sistema circulatorio	146,00	138,34	115,00	218,68	31,00	58,55
X Sistema respiratorio	55,00	52,11	37,00	70,36	18,00	33,99
XI Sistema digestivo	49,00	46,43	39,00	74,16	10,00	18,89
XII Enfermedades de la piel	1,00	0,95	1,00	1,90	0,00	0,00
XIII Osteomuscular	2,00	1,90	0,00	0,00	2,00	3,78
XIV Genitourinario	7,00	6,63	6,00	11,41	1,00	1,89
XV Embarazo, parto y puerperio	0	0	0	0	0	0
XVI Perinatal	0	0	0	0	0	0
XVII Congénitas	2,00	1,90	2,00	3,80	0,00	0,00
XVIII No clasificadas	25,00	23,69	20,00	38,03	5,00	9,44
XX Externas	29,00	27,48	21,00	39,93	7,00	13,22
Total	727,00	688,86	548,00	1.042,06	179,00	338,06

Fuente: INE (*calculadas con datos de población a 1 de enero de 2006).

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Mortalidad de 65-79 años (mortalidad de personas mayores)

En el año 2006 se produjeron 3.529 muertes en la población de 65-79 años para ambos géneros, 2.199 varones y 1.330 mujeres, con tasas específicas por edad de 2.292,302; 3.149,392 y 1.580,943, respectivamente. Por sexos, los varones tuvieron el mayor número de casos, si bien las mujeres vieron aumentar su mortalidad con relación al sexo opuesto. Los tumores continuaron siendo la principal causa de muerte, con una tasa específica por edad de 867,814, aunque seguidos de cerca por las enfermedades del sistema circulatorio. Tabla 3.13.

CAPÍTULO

Tabla 3.13

Casos y tasas* de mortalidad específica de 65-79 años por cien mil habitantes, por grandes causas de defunción (CIE-10). Extremadura. 2006

Mortalidad de 65-79 años	Ambos géneros		Varones		Mujeres	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
I Enfermedades infecciosas	68,00	44,17	32,00	45,83	36,00	42,79
II Tumores	1.336,00	867,81	888,00	1.271,79	448,00	532,53
III Enfermedades de la sangre	8,00	5,20	2,00	2,86	6,00	7,13
IV Enfermedades endocrinas	103,00	66,90	48,00	68,75	55,00	65,38
V Trastornos mentales	40,00	25,98	26,00	37,24	14,00	16,64
VI-VIII Sistema nervioso y órg. sentidos	128,00	83,14	63,00	90,23	65,00	77,26
IX Sistema circulatorio	1.035,00	672,30	617,00	883,66	418,00	496,87
X Sistema respiratorio	326,00	211,76	236,00	338,00	90,00	106,98
XI Sistema digestivo	210,00	136,41	119,00	170,43	91,00	108,17
XII Enfermedades de la piel	6,00	3,90	3,00	4,30	3,00	3,57
XIII Osteomuscular	21,00	13,64	5,00	7,16	16,00	19,02
XIV Genitourinario	77,00	50,02	43,00	61,58	34,00	40,42
XV Embarazo, parto y puerperio	0	0	0	0	0	0
XVI Perinatal	0	0	0	0	0	0
XVII Congénitas	3,00	1,95	1,00	1,43	3,00	3,57
XVIII No clasificadas	87,00	56,51	58,00	83,07	29,00	34,47
XX Externas	81,00	52,61	58,00	83,07	23,00	27,34
Total	3.529,00	2.292,30	2.199,00	3.149,39	1.330,00	1.580,94

Fuente: INE (*calculadas con datos de población a 1 de enero de 2006).

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Mortalidad de más de 79 años (mortalidad de ancianos)

En el año 2006 se produjeron 5.343 muertes en la población de más de 79 años para ambos géneros, 2.190 varones y 3.153 mujeres, con tasas específicas de 9.739,691, 11.162,648 y 8.947,472, respectivamente, por cien mil habitantes. En este grupo etario, las mujeres superaron a los varones en número de casos de defunción. Las causas con mayor mortalidad fueron las enfermedades del sistema circulatorio, con una tasa específica de 3.906,449, y que duplicó en número a los tumores. Tabla 3.14.

Tabla 3.14

Casos y tasas* de mortalidad específica de más de 79 años por cien mil habitantes, por grandes causas de defunción (CIE-10). Extremadura. 2006

CAPÍTULO

Mortalidad de más de 79 años	Ambos géneros		Varones		Mujeres	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
I Enfermedades infecciosas	71,00	129,43	33,00	168,20	38,00	107,84
II Tumores	905,00	1.649,71	516,00	2.630,10	389,00	1.103,89
III Enfermedades de la sangre	23,00	41,93	6,00	30,58	18,00	51,08
IV Enfermedades endocrinas	207,00	377,34	64,00	326,21	143,00	405,80
V Trastornos mentales	162,00	295,31	50,00	254,85	112,00	317,83
VI-VIII Sistema nervioso y órg. sentidos	229,00	417,44	85,00	433,25	144,00	408,64
IX Sistema circulatorio	2.143,00	3.906,45	733,00	3.736,17	1.410,00	4.001,25
X Sistema respiratorio	661,00	1.204,93	349,00	1.778,89	312,00	885,38
XI Sistema digestivo	292,00	532,28	113,00	575,97	179,00	507,96
XII Enfermedades de la piel	17,00	30,99	4,00	20,39	13,00	36,89
XIII Osteomuscular	68,00	123,96	21,00	107,04	47,00	133,37
XIV Genitourinario	188,00	342,70	77,00	392,48	111,00	314,99
XV Embarazo, parto y puerperio	0	0	0	0	0	0
XVI Perinatal	0	0	0	0	0	0
XVII Congénitas	1,00	1,82	1,00	5,10	0	0
XVIII No clasificadas	294,00	535,93	97,00	494,42	197,00	559,04
XX Externas	81,00	147,65	41,00	208,98	40,00	113,51
Total	5.343,00	9.739,69	2.190,00	11.162,65	3.153,00	8.947,47

Fuente: INE (*calculadas con datos de población a 1 de enero de 2006).

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

3.3 SERIES HISTÓRICAS DE MORTALIDAD REGISTRADA

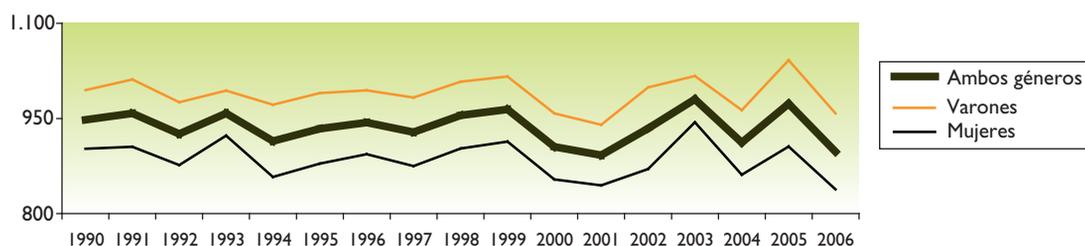
La serie histórica por grandes grupos de causas de defunción nos muestra el comportamiento de la mortalidad registrada en Extremadura de personas con residencia habitual en la CAE a lo largo del periodo de estudio, entre los años 1991 a 2006.

La mortalidad general de Extremadura experimenta un descenso en los primeros años, con picos en los años 1993, 1999, 2003 y 2005, produciéndose un acusado descenso en 2006. Este comportamiento es similar en ambos géneros, varones y mujeres. Figura 3.3.

CAPÍTULO

Figura 3.3

Evolución de la tasa de mortalidad por cien mil habitantes por todas las causas de defunción. Extremadura. 1990-2006



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La serie histórica de mortalidad por tumores (neoplasias) muestra un comportamiento bastante uniforme a lo largo de los años, presentando un ligero ascenso. La tasa de mortalidad es mayor en varones que en mujeres.

La tendencia general de las enfermedades del sistema circulatorio es descendente en términos globales, presentando picos de incidencia en los años 1998 y 2003.

La mortalidad por enfermedades del aparato respiratorio presenta una tendencia ascendente, con picos de incidencia en los años 1999, 2003 y 2005.

3.4. AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS (APVP)

Según datos del INE, en Extremadura durante el año 2005 se perdieron 30.180 años potenciales de vida para ambos géneros (dentro del intervalo de edad comprendido entre 1 y 69 años), lo que supone 2.095 años menos que el año anterior. Esta disminución en el número de años se ha producido a expensas tanto de los varones (22.016 APVP) como de las mujeres (8.163 APVP). Tabla 3.15.

Tabla 3.15 Evolución de los años potenciales de vida perdidos. Extremadura. 1999-2005

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ambos géneros	33.822	34.759	31.219	31.798	33.068	32.277	30.180
Varones	24.619	24.698	23.242	23.287	22.930	23.521	22.017
Mujeres	9.203	10.061	7.977	8.511	10.138	8.756	8.164

Fuente: INE. Años potenciales de vida perdidos 1999-2005.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

En Extremadura en 2005 la tasa estandarizada de APVP fue de 33,13, frente al 32,82 del total nacional. En varones, la tasa estandarizada se situó en 47,12, la cifra más baja del período de estudio. En mujeres fue de 18,39. Tabla 3.16.

CAPÍTULO

Tabla 3.16 Evolución de las tasas estandarizadas de APVP. España (Esp) y Extremadura (CAE). 1999-2005

	1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	Esp	CAE	Esp	CAE	Esp	CAE	Esp	CAE	Esp	CAE	Esp	CAE	Esp	CAE
A. géneros	38,93	38,16	37,84	39,18	36,43	35,12	35,72	35,76	35,72	36,72	33,73	35,66	32,82	33,13
Varones	55,57	54,54	53,92	54,76	51,57	51,26	50,61	51,25	50,16	49,91	47,46	50,82	46,18	47,12
Mujeres	22,22	21,17	21,67	22,94	21,17	18,23	20,67	19,51	21,10	22,92	19,80	19,74	19,23	18,39

Fuente: INE. Años potenciales de vida perdidos 1999-2005.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La causa de mortalidad con mayor pérdida de APVP para ambos géneros durante 2005 fueron los tumores, con 10.619 años perdidos y una tasa estandarizada de APVP de 11,56; seguidos de las causas externas de mortalidad y del aparato circulatorio. Por sexos, en varones las mayores pérdidas de APVP coinciden con las causas de ambos géneros; en mujeres la causa con mayor pérdida también son los tumores, seguidos del aparato circulatorio y causas externas. La mayor diferencia entre sexos de APVP se produce en las causas externas de mortalidad (84% más en varones), debido fundamentalmente a los accidentes de tráfico. Tabla 3.17.

Tabla 3.17 Años potenciales de vida perdidos por grandes causas de defunción. N° de años perdidos y tasa estandarizada. Extremadura. 2005

	Ambos géneros		Varones		Mujeres	
	APVP	Tasas	APVP	Tasas	APVP	Tasas
Tumores	10.619,00	11,56	6.955,00	14,71	3.664,00	8,21
Causas externas	6.310,00	7,14	5.482,50	12,17	827,50	1,92
Sistema circulatorio	5.125,00	5,58	3.880,00	8,22	1.245,00	2,78
Sistema respiratorio	1.709,50	1,89	1.239,50	2,68	470,00	1,06
No clasificados	1.567,50	1,71	1.227,50	2,62	340,00	0,77
Sistema digestivo	1.457,50	1,77	1.095,00	2,23	362,50	0,81
Sistema nervioso	1.156,50	1,26	637,00	1,35	519,50	1,17
Enfermedades infecciosas	1.115,00	1,20	735,00	1,52	380,00	0,87
Enfermedades endocrinas	335,00	0,37	220,00	0,47	115,00	0,26
Sistema genitourinario	267,50	0,29	120,00	0,25	147,50	0,33
Malformaciones congénitas	192,50	0,22	142,50	0,32	50,00	0,12
Trastornos mentales	182,50	0,19	180,00	0,36	2,50	0,01
Sistema osteomuscular	45,00	0,05	42,50	0,09	2,50	0,01
Enfermedades de la sangre	42,50	0,04	40,00	0,08	2,50	0,01
Embarazo, parto y puerperio	32,50	0,03	0	0	32,50	0,07
Enfermedades de la piel	22,50	0,03	20,00	0,04	2,50	0,01
Afecciones perinatales	0	0	0	0	0	0
Todas las causas	30.180,00	33,13	22.016,50	47,12	8.163,50	18,39

Fuente: INE. Años potenciales de vida perdidos 2005.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

4. MORBILIDAD

4.1 ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA (EDO)

Las tasas notificadas de EDOs durante 2007, son mayores en Extremadura con respecto al total estatal en los casos de: gripe, varicela, brucelosis, hepatitis B, otras hepatitis víricas y rubéola; y menores en los casos de: parotiditis, sífilis, infección gonocócica, tuberculosis respiratoria, meningitis tuberculosa, tos ferina, hepatitis A, enfermedad meningocócica, legionelosis, y paludismo. En los casos de fiebre tifoidea y paratifoidea, disentería, sarampión, lepra, tétanos, triquinosis, botulismo y sífilis congénita, en Extremadura la tasa tuvo un valor de 0. Así mismo, durante el año 2007 las tasas fueron de 0 para Extremadura y España en: difteria, poliomielitis, rabia, cólera, fiebre amarilla, peste, tifus exantemático y rubéola congénita. Tabla 4.1.

Tabla 4.1 Evolución de las EDO. Tasas notificadas por cien mil habitantes. Extremadura y España. 2005-2007

	Extremadura			España		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Fiebre tifoidea y paratifoidea	0,00	0,27	0,00	0,19	0,21	0,17
Disentería	0,00	0,00	0,00	0,47	0,46	0,50
Gripe	6.115,17	1.174,57	3.490,96	3.399,68	1.194,20	1.541,85
Tuberculosis respiratoria	12,29	10,74	11,25	12,49	14,74	13,81
Sarampión	0,00	0,00	0,00	0,05	0,84	0,54
Rubéola	0,36	0,18	0,28	1,49	0,22	0,14
Varicela	666,75	577,18	613,88	368,01	447,78	346,13
Brucelosis	4,92	5,10	3,72	0,88	0,81	0,59
Sífilis	1,55	0,82	1,67	3,37	4,31	4,38
Infección gonocócica	0,64	0,91	0,93	2,90	3,59	3,84
Enfermedad meningocócica	1,37	1,09	0,65	2,13	2,00	1,88
Parotiditis	6,46	24,12	9,95	6,15	17,35	23,38
Tos ferina	0,46	0,36	0,19	0,76	0,96	1,25
Lepra	0,00	0,00	0,00	0,03	0,04	0,04
Paludismo	0,09	0,36	0,09	0,83	1,01	0,78
Tétanos	0,00	0,00	0,00	0,05	0,05	0,03
Triquinosis	0,00	0,00	0,00	0,03	0,09	0,26
Botulismo	0,00	0,00	0,00	0,04	0,01	0,02
Hepatitis A	5,01	0,91	2,14	2,86	3,76	2,27
Hepatitis B	1,91	2,73	3,53	1,64	2,01	2,10
Otras hepatitis víricas	1,73	2,18	3,81	1,69	1,88	1,58
Legionelosis	1,18	1,00	0,74	3,26	3,38	2,66
Meningitis tuberculosa	0,00	0,00	0,19	0,20	0,16	0,24
Rubéola congénita	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00
Sífilis congénita	0,00	0,00	0,00	0,03	0,05	0,04

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. EDO.

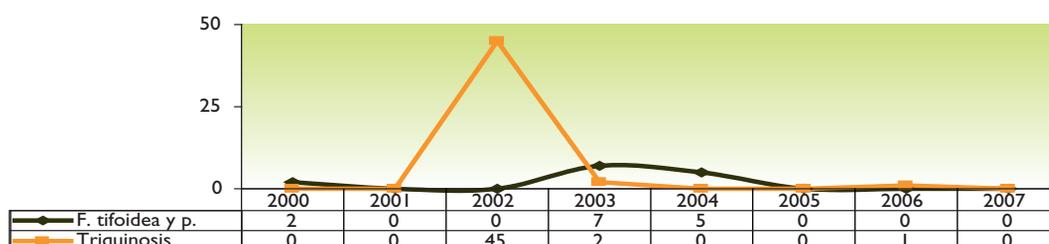
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

4.1.1. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA

La evolución del número de enfermedades de transmisión alimentaria en Extremadura representa de forma general una línea plana o descendente, salvo el aumento en el número de triquinosis (45 casos) en el año 2002. Los casos de botulismo, cólera y disentería tienen un valor 0 durante el período de estudio. Figura 4.1.

Figura 4.1

Evolución de las enfermedades de transmisión alimentaria. En número de casos. Extremadura. 2000-2007



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

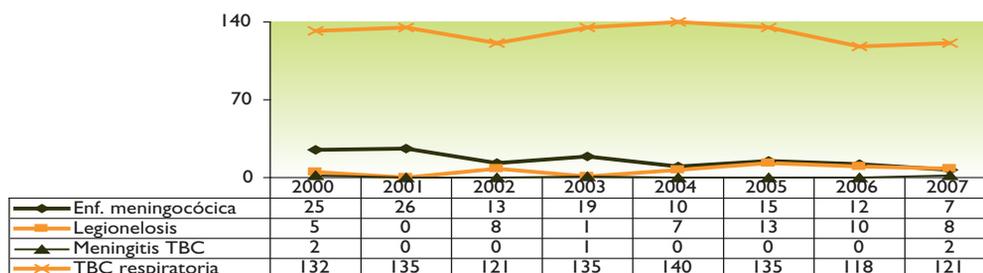
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

4.1.2. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA

Con respecto a las enfermedades de transmisión respiratoria, el número de casos de tuberculosis respiratoria ha mantenido una línea constante, alrededor siempre de los 130 casos (121 casos en 2007), habiéndose notificado durante 2005 dos brotes limitados al ámbito familiar cuyo agente causal fue el *Mycobacterium tuberculosis*. La enfermedad meningocócica ha descendido desde los 26 casos del año 2001 hasta los 7 de 2007. Los casos de legionelosis fueron 13 en 2005, la cifra más alta del período de estudio, bajando hasta los 8 casos de 2007. La meningitis tuberculosa se mantiene en cifras en torno a 0 casos. Figura 4.2.

Figura 4.2

Evolución de las enfermedades de transmisión respiratoria. En número de casos. Extremadura. 2000-2007



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

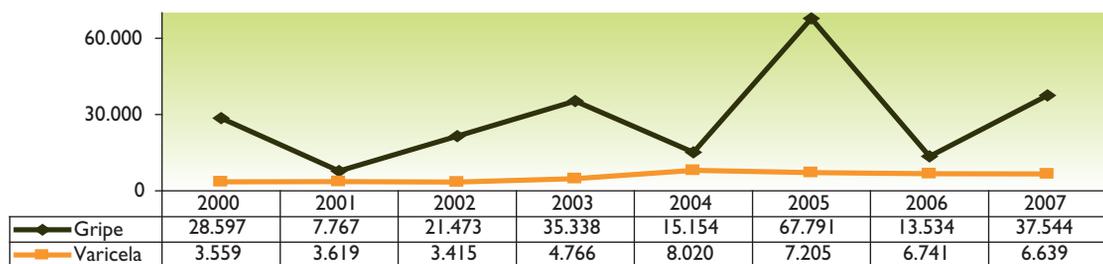
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

Otras enfermedades de transmisión respiratoria, como la gripe, han tenido picos de subida junto a otros de bajada, situándose a finales de 2007 en 37.544 casos. La varicela, que inició una línea ascendente hasta el año 2005, descendió en los años siguientes hasta situarse en 6.639 casos durante 2007. Figura 4.3.

Figura 4.3

Evolución de las enfermedades de transmisión respiratoria: gripe y varicela. En número de casos. Extremadura 2000-2007



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

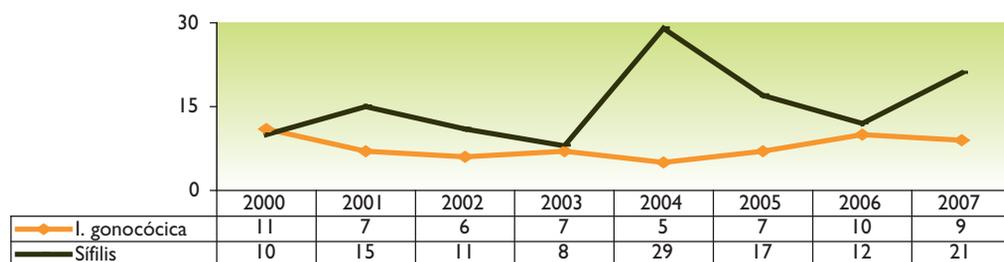
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

4.1.3. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Las ITS (sífilis e infección gonocócica) han mantenido una tendencia estable durante el periodo estudiado (años 2000-2007), salvo los dos picos de sífilis registrados en 2004 (29 casos) y 2007 (21 casos). Figura 4.4.

Figura 4.4

Evolución de las infecciones de transmisión sexual. En número de casos. Extremadura. 2000-2007



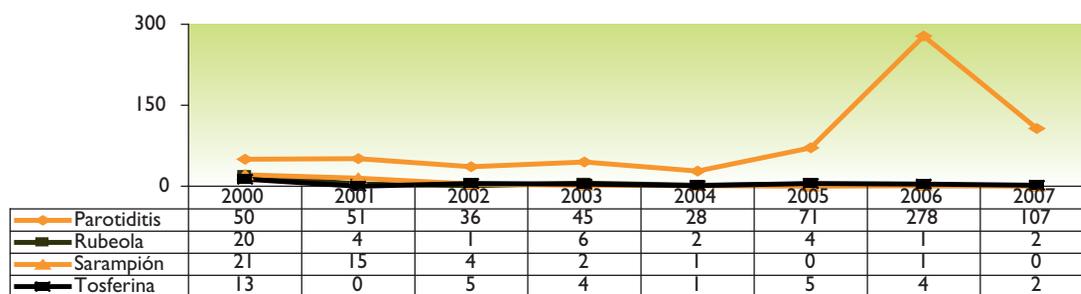
Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

4.1.4 ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN

La amplia cobertura vacunal permite ver el descenso producido a partir del año 2001 en la mayoría de enfermedades inmunoprevenibles excepto la parotiditis, donde se ha producido un significativo aumento durante los años 2005 (donde se notificó 1 brote), 2006 y 2007 con respecto a los años previos. Durante el período de estudio se produjeron 0 casos de difteria y poliomielitis, y 1 caso de tétanos en 2001. Figura 4.5.

Figura 4.5 Evolución de las enfermedades inmunoprevenibles. En número de casos. Extremadura. 2000-2007

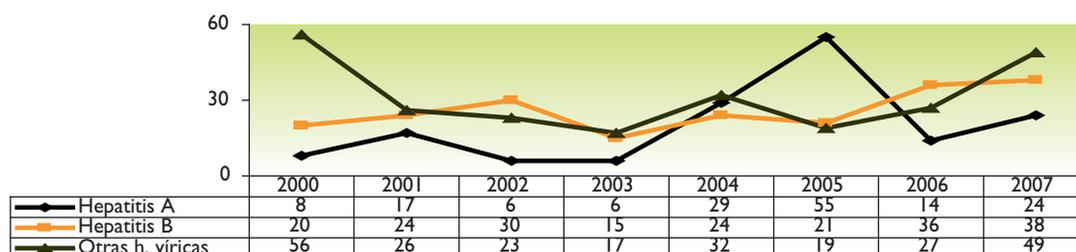


Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La hepatitis B (con 38 casos notificados en 2007) y otras hepatitis víricas (49 casos), estuvieron entre las cifras más altas del período de estudio. Con respecto a la hepatitis A, en 2005 se notificaron tres brotes de la misma ocurridos en núcleos urbanos menores. Se observa un moderado aumento en el número de casos de hepatitis A en 2007 (24 casos) con respecto a 2006 (14 casos), debido a la ocurrencia de un brote en dicho año. Figura 4.6.

Figura 4.6 Evolución de las hepatitis víricas. En número de casos. Extremadura. 2000-2007



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

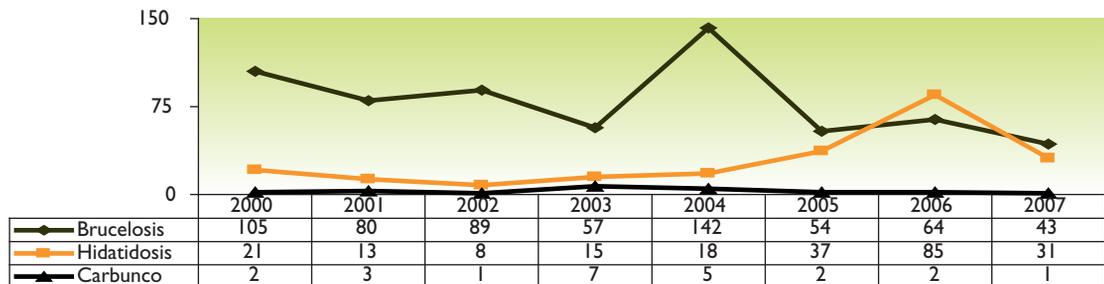
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

4.1.5. ZONOSIS

Con respecto a las zoonosis, se observa un pico de máxima incidencia de brucelosis en el año 2004, descendiendo a partir de dicho año hasta los 43 casos del año 2007, la cifra más baja del período de estudio. La incidencia de hidatidosis presenta una tendencia ascendente, alcanzando su pico más alto en 2006 (85 casos), para disminuir en el año 2007. El carbunco mantiene su tendencia progresiva al descenso. No se ha detectado ningún caso de rabia humana en el período de estudio. Figura 4.7.

Figura 4.7 Evolución de las zoonosis. En número de casos. Extremadura. 2000-2007

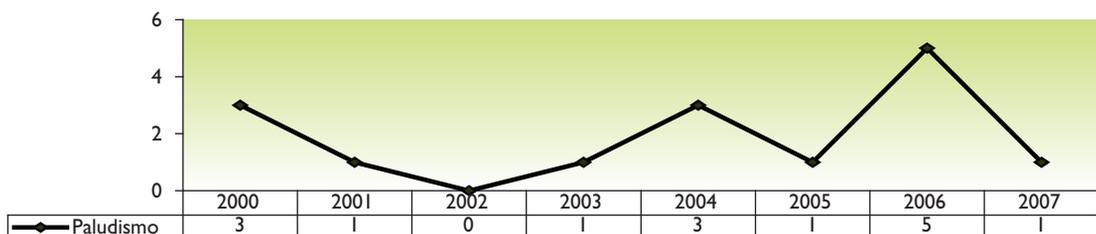


Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

4.1.6. ENFERMEDADES IMPORTADAS

Respecto a las enfermedades importadas, no se ha notificado ningún caso de fiebre amarilla, peste y tifus exantemático durante el período 2000-2007. En el año 2007 sólo se notificó 1 caso de paludismo. Figura 4.8.

Figura 4.8 Evolución de las enfermedades importadas. En número de casos. Extremadura. 2000-2007



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

4.1.7. ENFERMEDADES DE BAJA INCIDENCIA

Durante el período 2000-2007 sólo se ha diagnosticado 1 caso de sífilis congénita (en el año 2004) y 2 casos de lepra (en 2002 y 2007). En dicho periodo no se detectó ningún caso de rubéola congénita ni de tétanos neonatal.

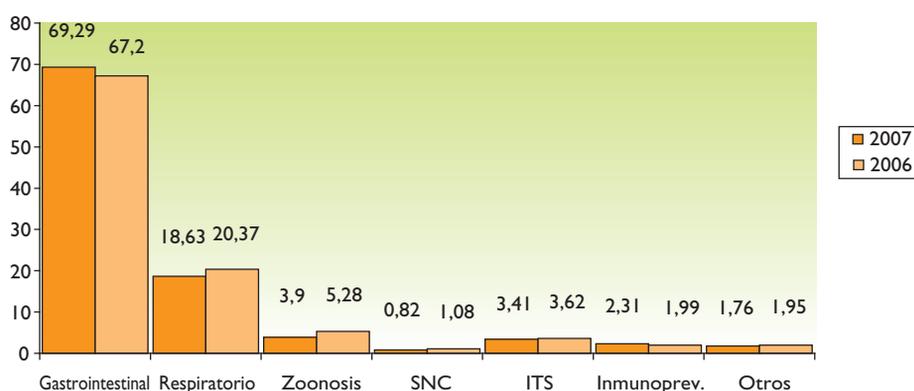
4.2 SISTEMA DE INFORMACIÓN MICROBIOLÓGICA

El Sistema de Información Microbiológica (SIM) forma parte del sistema básico de vigilancia epidemiológica, y consiste básicamente en la notificación sistemática y continuada por parte de los laboratorios de microbiología de los centros hospitalarios públicos de una serie de patógenos (virus, bacterias, hongos y parásitos) aislados en cualquier muestra orgánica humana, lo cual permite un conocimiento detallado de la patología infecciosa.

Considerando exclusivamente los microorganismos incluidos en el protocolo SIM, los más frecuentes durante el año 2007 han sido los causantes de infecciones gastrointestinales (69,29%), seguidos de los patógenos productores de infecciones respiratorias (18,63%). Figura 4.9.

Figura 4.9

SIM. Distribución porcentual del tipo de patología notificada de microorganismos y patógenos productores de infecciones. Extremadura. 2006-2007



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Durante el año 2007, el total de aislamientos notificados fue de 1.820, siendo los microorganismos más incidentes los causantes de infecciones gastrointestinales, con un total de 1.261 notificaciones. De los patógenos implicados en patología intestinal, es el Rotavirus

CAPÍTULO

el más frecuente con 562 casos, seguido de la familia de las Salmonellas con 320 casos, y de la familia Campylobacter con 225 casos. Los patógenos implicados en patología respiratoria han sido 339, siendo el más frecuente el Virus Respiratorio Sincitial, con 145 casos, seguido del Mycobacterium tuberculosis complejo con 90 casos, y del Streptococcus pneumoniae con 46 casos. De las infecciones prevenibles por vacunación, se notificaron 24 casos de Hepatitis A, 17 de Hepatitis B y sólo un caso por Bordetella pertussis. Entre los 62 microorganismos implicados en ITS, el más incidente ha sido Trichomonas vaginalis con 32 casos. Las zoonosis suponen 71 notificaciones, siendo la más incidente la Brucella spp con 34. Los microorganismos responsables de enfermedades del sistema nervioso central (SNC) han sido 15, y de ellos el de mayor frecuencia corresponde a Listeria monocytogenes. Dentro del grupo otros microorganismos, la mayor incidencia corresponde al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), con 28 casos. Tabla 4.2.

Tabla 4.2

SIM. Microorganismos y patógenos notificados productores de infecciones. En número de casos. Extremadura. 2005-2007

Infección	Microorganismo	2005	2006	2007
Infección gastrointestinal	Rotavirus	410	436	562
	Salmonella	607	340	320
	Campylobacter	258	204	225
	Giardia lamblia	103	54	51
	Adenovirus 40/41	72	37	51
	Otros patógenos intestinales	43	24	52
Infección respiratoria	Virus respiratorio sincitial	138	197	145
	Mycobacterium tuberculosis complejo	108	71	90
	Streptococcus pneumoniae	99	26	46
	Bacilo ácido alcohol resistente	64	18	20
	Otros patógenos respiratorios	51	25	38
Infección prevenible por vacunación	Hepatitis A	11	14	24
	Hepatitis B	8	17	17
	Corynebacterium diphtheriae	0	0	0
	Bordetella pertussis	0	1	1
	Virus del sarampión	0	1	0
Infección de transmisión sexual	Trichomonas vaginalis	43	25	32
	Treponema palidum	12	13	17
	Chlamydia trachomatis	2	13	3
	Otros patógenos implicados ITS	6	9	10
Zoonosis	Brucella spp	47	43	34
	Echinococcus granulosus	21	36	16
	Otros agentes zoonóticos	8	8	21
Infecciones del sistema nervioso central	Listeria monocytogenes	6	8	6
	Streptococcus agalactiae	7	5	2
	Otros patógenos SNC	16	5	7
Otros microorganismos	VIH	13	23	28
	Otros	-	1	4
Total de casos notificados		2.153	1.654	1.822

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

4.3 MORBILIDAD HOSPITALARIA GENERAL

CAPÍTULO

Análisis del CMBD y GRDs de Extremadura

El análisis de las variables del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) durante el año 2007 nos indica que:

- Por edad, son los mayores de 65 años los que ocasionan más episodios de hospitalización. Los varones generan más episodios en todos los tramos de edad salvo en los de 15 a 44 años y 75 o más años.
- El número de altas en el tramo de 0 a 1 año es similar al del tramo de entre 2 y 14 años, es decir, ingresan el mismo número de niños aproximadamente con edad inferior a un año, que los niños entre 1 y 14 años de edad.
- La estancia media por grupos de edad, es superior en los mayores de 75 años y, en general, los varones consumen más estancias que las mujeres.
- Por procedencia, el hospital que más altas aporta es el Complejo Hospitalario de Badajoz (31%) y los que menos el Hospital de Navalmoral de la Mata (3,5%) y el Hospital de Coria (3,9%).
- Por circunstancia de alta, la gran mayoría es a domicilio (93,14%), seguida del alta por traslado de hospital (1,58 %)
- La mayoría de las altas son del área médica (36,09%), seguidas del área quirúrgica (25,72%). Entre las dos son responsables de un 61,81% de todos los episodios de hospitalización.
- Los motivos de ingreso hospitalario más frecuentes son las neumonías y las insuficiencias cardiacas congestivas.
- Analizando la comorbilidad por los diagnósticos secundarios más frecuentes, aparece la hipertensión arterial en primer lugar; seguida de la diabetes; en quinto lugar el abuso del tabaco y en sexto lugar las hiperlipidemias, confirmando la percepción de los problemas de salud más prevalentes en la población. Por sexos, la hipertensión arterial es el primero en ambos géneros; en varones, la diabetes es el segundo seguido por el tabaquismo, mientras en la mujer la diabetes figura en tercer lugar y el tabaquismo en el décimo. Se mantienen los trastornos depresivos en el séptimo lugar entre las mujeres.
- Entre los procedimientos más frecuentes destacan la radiografía de tórax, los electrocardiogramas, la sueroterapia, la ecografía de abdomen y la extracción de muestra de sangre. También destacan los ecocardiogramas, confirmando a estas exploraciones casi como rutinarias por su frecuencia. Por sexos, en la mujer aparecen los procedimientos relacionados con los partos, y en el hombre igual que los generales.

Los 10 diagnósticos principales y secundarios más frecuentes del año 2007, se muestran en las Tablas 4.3 y 4.4.

CAPÍTULO

Tabla 4.3

Diagnósticos principales, en régimen de internamiento hospitalario, más frecuentes de los hospitales del SES. 2007

Descripción	Cód. diag. princ.	Total pac.	% total pac.
Neumonía por organismo sin especificar	486	2.131	2,02
Insuficiencia cardíaca congestiva no especificada	4.280	1.795	1,70
Otras gastroenteritis y colitis	5.589	1.508	1,43
Parto en un caso totalmente normal	650	1.480	1,40
Fracaso respiratorio	51.881	1.443	1,37
Embarazo postérmino (40-42 semanas) y parto	64.511	1.369	1,30
Bronquitis crónica obstructiva con exacerbación	49.121	1.332	1,26
Otras enfermedades sistema respiratorio no clasificadas	5.198	1.312	1,24
Aterosclerosis coronaria de arteria coronaria	41.401	1.223	1,16
Oclusión de arteria cerebral no especif. con infarto	43.491	1.021	0,97

Fuente: SES. Análisis del CMBD y GRDs de Extremadura.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Tabla 4.4

Diagnósticos secundarios, en régimen de internamiento hospitalario, más frecuentes de los hospitales del Servicio Extremeño de Salud. 2007

Descripción	Cód. diag. princ.	Total pac.	% total pac.
Hipertensión no especificada	4.019	21.621	4,64
Diabetes mellitus sin complicación tipo II o no espec.	25.000	11.405	2,45
Resultado alumbramiento y nacido vivo único	V270	9.265	1,99
Fibrilación auricular	42.731	8.382	1,80
Abuso de tabaco	3.051	7.831	1,68
Otras hiperlipidemias y lipidemias no especificadas	2.724	6.303	1,35
Insuficiencia cardíaca congestiva, no especificada	4.280	4.313	0,93
Otras enfermedades del sistema respiratorio no clasificadas	5.198	4.271	0,92
Otras obstrucciones crónicas de las vías respiratorias	496	4.236	0,91
Utilización de anticoagulantes durante largo tiempo	V5861	4.016	0,86

Fuente: SES. Análisis del CMBD y GRDs de Extremadura.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El análisis de la casuística durante 2007 nos indica que las Categorías Diagnósticas Mayores (CDM) o agrupación por sistemas de las patologías atendidas más frecuentes, son las correspondientes a la CDM 14 (embarazo, parto y puerperio), seguida de la CDM 6 (enfermedades y trastornos del aparato digestivo), y de la CDM 5 (enfermedades del aparato circulatorio). La menos frecuente es la CDM 22 (quemaduras). Tabla 4.5.

La estancia media más elevada se refiere a la CDM 25 (trauma múltiple), con cifras siempre superiores a 13 días. Le sigue la CDM 22 (quemaduras), con más de 10 días.

Respecto al número total de días de estancia, la CDM 4 (enfermedades del aparato respiratorio) presenta las cifras más elevadas, con más de 90.000 días/año en 2007. Le siguen de cerca la CDM 5 (enfermedades del aparato circulatorio, con más de 80.000 días/año en el periodo estudiado) y la CDM 6 (enfermedades del aparato digestivo, con más de 70.000 días/año).

Tabla 4.5

Análisis de las CDM (inliers). Comparativa de los años 2005-2007 relativa al número de pacientes, días totales y estancia media de los hospitales del SES, en régimen de internamiento hospitalario.

CDM/Descripción	Nº de pacientes			Días totales			Estancia media		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
0 Categoría no válida	108	26	2	418	86	6	3,87	3,31	3,00
1 E. sistema nervioso	5.611	6.112	5.829	41.958	44.240	43.616	7,48	7,24	7,48
2 E. del ojo	2.149	2.081	2.163	5.100	4.959	5.171	2,37	2,38	2,39
3 E. oído, nariz, boca, garganta	4.894	4.542	4.798	16.170	14.976	15.638	3,30	3,30	3,24
4 E. ap. respiratorio	10.571	9.916	11.671	85.677	78.552	90.222	8,10	7,92	7,73
5 E. ap. circulatorio	11.061	11.654	11.981	82.081	82.542	80.526	7,42	7,08	6,72
6 E. ap. digestivo	12.288	12.209	12.243	70.490	71.313	70.072	5,74	5,84	5,72
7 E. hígado y páncreas	4.341	4.191	4.120	34.403	34.425	32.471	7,93	8,21	7,88
8 E. musculoesquelético	8.462	8.887	9.273	56.871	58.054	60.186	6,72	6,53	6,49
9 E. piel y mama	2.804	2.848	2.954	12.519	12.923	13.184	4,46	4,54	4,46
10 E. endocrinas	1.455	1.523	1.576	9.084	9.196	9.101	6,24	6,04	5,77
11 E. riñón y vías urinarias	3.463	3.521	3.515	23.332	24.625	23.493	6,74	6,99	6,68
12 E. ap. reprod. masculino	1.722	1.518	1.631	8.011	7.282	6.815	4,65	4,80	4,18
13 E. ap. reprod. femenino	3.738	3.781	3.819	16.277	15.912	16.022	4,35	4,21	4,20
14 Embarazo, parto, puerperio	12.528	13.120	13.200	38.299	40.129	40.461	3,06	3,06	3,07
15 RN y neonatos	3.197	3.361	3.212	15.702	17.289	15.323	4,91	5,14	4,77
16 E. sangre y sist. inmunitario	1.151	1.173	1.135	6.357	6.503	6.571	5,52	5,54	5,79
17 E. mieloproliferativas	1.406	1.335	1.215	8.186	8.026	8.758	5,82	6,01	7,21
18 E. infecciosas	1.201	1.271	1.334	7.998	8.184	9.170	6,66	6,44	6,87
19 E. mentales	1.138	1.205	1.252	11.666	11.386	11.433	10,25	9,45	9,13
20 Uso drogas/alcohol	245	307	312	1.882	2.080	2.175	7,68	6,78	6,97
21 Lesiones y envenenamiento	919	1.008	1.039	5.305	6.368	6.103	5,77	6,32	5,87
22 Quemaduras	120	133	136	1.435	1.445	1.588	11,96	10,86	11,68
23 Otras causas	701	595	580	1.832	1.690	2.088	2,61	2,84	3,60
24 Infecciones VIH	175	185	206	1.807	2.067	1.978	10,33	11,17	9,60
25 Trauma múltiple	156	151	142	2.156	2.159	2.259	13,82	14,30	15,91
Total	95.604	96.653	99.338	565.016	566.411	574.329	5,91	5,86	5,78

La selección de casos está basada en un determinado número total de registros (100.701 para el año 2005, 102.139 para el 2006 y 105.608 para el 2007).

Fuente: SES. Análisis del CMBD y GRDs de Extremadura.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

En el análisis de los 25 GRDs (Grupos Relacionados con el Diagnóstico) más frecuentes durante 2007, el primero corresponde al parto sin complicaciones (cc.), al igual que en años anteriores. Le siguen los trastornos respiratorios (excluidas infecciones, bronquitis y asma con cc. mayores) y la insuficiencia cardíaca y shock. La mayoría de los 25 GRDs más frecuentes son similares a los del año anterior y suponen un 31,24% del total. Tabla 4.6.

CAPÍTULO

Tabla 4.6

Análisis de los 25 GRDs más frecuentes de los hospitales del SES en régimen de internamiento hospitalario. 2007

GRD/Descripción	Pacientes	
	Total	%
373 Parto vaginal sin complicaciones	5.513	5,22%
541 Trastornos respiratorios excepto infecc, bronquitis, asma con cc. mayor	2.302	2,18%
127 Insuficiencia cardiaca y shock	2.008	1,90%
816 Gastroenteritis no bacteriana y dolor abdominal	1.820	1,72%
371 Cesárea sin complicaciones	1.791	1,70%
359 Procedimiento sobre útero-anejos por carcinoma in situ y no maligno	1.030	0,98%
381 Aborto con dilatación y legrado, aspiración o histerotomía	1.013	0,96%
87 Edema pulmonar e insuficiencia respiratoria	1.420	1,34%
372 Parto vaginal con complicaciones	1.300	1,23%
629 Neonato, peso al nacer >2499 g. y sin p. quir. sig. con problemas	1.170	1,11%
200 Sustitución articulación mayor excepto cadera y reimplante	1.007	0,95%
14 Ictus con infarto	1.070	1,01%
39 Procedimientos sobre cristalino con o sin vitrectomía	1.030	0,98%
630 Neonato, peso al nacer >2499 g. sin p. quir. signif. neonato normal	1.037	0,98%
162 Procedimientos sobre hernia inguinal y femoral	970	0,92%
88 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	973	0,92%
383 Otros diagnósticos anteparto con complicaciones médicas	905	0,86%
70 Otitis media e infección tracto respiratorio superior <18 años	940	0,89%
544 ICC y arritmia cardiaca con cc. mayor	893	0,85%
89 Neumonía simple y pleuritis edad >17 con cc.	837	0,79%
205 Trastornos del tracto biliar sin cc.	831	0,79%
775 Bronquitis y asma sin cc.	810	0,77%
101 Otros diagnósticos de aparato respiratorio con cc.	812	0,77%
125 Trastornos circulatorios excepto IAM, con cateterismo sin diag. complejo	809	0,77%
167 Apendicectomía sin diagnóstico principal complicado sin cc.	700	0,66%
Total de los 25 GRD más frecuentes	32.991	31,24%
Total de GRDs	105.608	100%

Fuente: SES. Análisis del CMBD y GRDs de Extremadura.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Los indicadores de los hospitales del SES en 2007, nos indican que: la mortalidad registrada, a escala global, se ha mantenido sin grandes cambios, y los reingresos se mantienen globalmente en un 2,02%, siendo los trastornos respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma con cc. mayor (GRD 541) el ítem que más contribuye en ambos casos, así como el de mayor impacto en estancias consumidas; la estancia médica prequirúrgica global y la prequirúrgica programada mejora con respecto al año anterior; los partos con anestesia epidural se han mantenido en cifras similares; y las cesáreas conservan la tendencia alcista de años previos. Tabla 4.7.

Tabla 4.7 Evolución de los indicadores de los hospitales del SES. Extremadura. 2003-2007

	2003	2004	2005	2006	2007	
Índice estancia media ajustada		1,0045	0,9953	0,9913	0,9958	
Índice case mix o peso medio	1,3437	1,3692	1,3895	1,4267	1,4319	
Número de días de estancia media	Bruta	7,04	6,76	6,74	6,67	6,62
	Depurada	6,13	5,97	5,91	5,86	5,78
	Prequirúrgica total	2,21	2,07	1,99	1,94	1,88
	Prequirúrgica programada	1,4	1,35	1,2	1,17	1,09
	Postquirúrgica total	5,22	5,13	5,08	5,13	5,11
	Postquirúrgica programada	4,09	4,07	4,05	4,13	4,21
Mortalidad	3,77%	3,70%	4,11%	3,75%	3,79%	
Reingresos	2,05%	2,05%	2,03%	2,13%	2,02%	
Número de partos vaginales					6.951	
Partos con anestesia epidural / vaginal	37,60%	42,60%	46,00%	47,10%	47,30%	
Partos con cesárea / Partos	27,70%	25,90%	26,90%	27,80%	28,80%	

Fuente: SES. Análisis del CMBD y GRDs de Extremadura.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El análisis del CMBD ambulatorio y sus GRDs nos indica que en 2007 el número de procesos codificados ha ascendido a 37.000 (sobre los 34.837 del año anterior), fundamentalmente a expensas de la Cirugía Ambulatoria y, en menor medida, del Hospital de Día. La media de diagnósticos codificados ha sido de 1,26 y la de procedimientos 1,27.

Los GRDs inespecíficos han disminuido ostensiblemente en relación con el año anterior, pasando del 3,38% en 2006 al 0,96% en 2007 en el global del SES. El índice de case-mix (peso medio) global es de 0,8060.

El impacto de la ambulatorización de estos procesos es muy importante, pues en régimen de internado hubiesen consumido 52.810 estancias hospitalarias (9,4% del total de estancias de los hospitales del SES en 2006), habiéndose necesitado 207 camas más para la atención de estos procesos.

Por área funcional, el 88% de los procesos son quirúrgicos, y el resto médicos y de UCI. Por procedencia, el Área de Badajoz predomina con un 43%. Por sexos, se aprecia un número algo mayor en mujeres. Por edad, hay una distribución homogénea en los tramos de 15 a 44 años, con pocos casos de 0 a 14 años.

Los diagnósticos más frecuentes siguen siendo: la alteración en la erupción de los dientes, las cataratas y los quistes sebáceos. Por sexos son los mismos, si bien en los hombres los quistes sebáceos están en segundo lugar. Tabla 4.8.

CAPÍTULO

Tabla 4.8

Diagnósticos más frecuentes de casos atendidos de manera ambulatoria en los hospitales del SES. Extremadura. 2007

Descripción	CDP (*)	Total pacientes	% total pacientes
Alteración de la erupción de dientes	5206	3.533	9,55
Catarata no especificada	3669	3.126	8,45
Catarata senil no especificada	36610	2.934	7,93
Quiste sebáceo	7062	2.257	6,10
Neoplasia benigna de piel sitio no especificado	2169	1.093	2,95
Hernia inguinal sin obstrucción o gangrena unilateral	55090	965	2,61
Atención contraceptiva-esterilización	V252	781	2,11
Verrugas virales inespecíficas	7810	754	2,04
Neoplasia maligna piel, otra parte o partes no especificadas	1733	701	1,89
Prepucio redundante y fimosis	605	668	1,81

* CDP (Código del diagnóstico principal)

Fuente: SES. Análisis del CMBD y GRDs de Extremadura.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Respecto al análisis de las CDM de casos atendidos de manera ambulatoria en los hospitales del SES durante 2007, las causas más frecuentes son: la 9 (enfermedades y trastornos de la piel, tejido subcutáneo y mama); la 2 (enfermedades y trastornos del ojo); y la 3 (enfermedades y trastornos del oído, nariz, boca y garganta). Tabla 4.9.

Tabla 4.9

Análisis de las CDM (inliers) relativas al número de pacientes atendidos de manera ambulatoria en los hospitales del SES. Extremadura. 2007.

CDM/Descripción	Pacientes	
	Nº total	Porcentaje
0 Categoría no válida	87	0,24%
1 Enfermedades del sistema nervioso	778	2,10%
2 Enfermedades del ojo	8.574	23,18%
3. Enfermedades de oído, nariz, boca y garganta	5.448	14,73%
4 Enfermedades del aparato respiratorio	27	0,07%
5 Enfermedades del aparato circulatorio	496	1,34%
6 Enfermedades del aparato digestivo	2.223	6,01%
7 Enfermedades de hígado y páncreas	327	0,88%
8 Enfermedades musculoesqueléticas	2.051	5,54%
9 Enfermedades de piel y mama	11.774	31,83%
10 Enfermedades endocrinas, nutricionales o metabólicas	44	0,12%
11 Enfermedades del riñón y vías urinarias	1.465	3,96%
12 Enfermedades del aparato reproductor masculino	1.572	4,25%
13 Enfermedades del aparato reproductor femenino	1.516	4,10%
14 Embarazo, parto y puerperio	4	0,01%
15 Recién nacidos y neonatos	1	0,00%
16 Enfermedades de la sangre y del sistema inmunitario	84	0,23%
17 Enfermedades mieloproliferativas	138	0,37%
18 Enfermedades infecciosas	15	0,04%
19 Enfermedades mentales	6	0,02%
21 Lesiones y envenenamientos	64	0,17%
22 Quemaduras	1	0,00%
23 Otras causas de atención sanitaria	300	0,81%
Total	36.995	100,00%

Fuente: SES. Análisis del CMBD y GRDs de Extremadura.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

En el análisis de los 25 GRDs más frecuentes de Extremadura de casos atendidos de manera ambulatoria en los hospitales del SES, se observa que en conjunto representan el 84,24% del total de casos atendidos durante 2007. Los más frecuentes son el GRD 270 (otros procedimientos sobre piel, tejidos subcutáneo y mama sin complicaciones) y el GRD 39 (procedimientos sobre cristalino, con o sin vitrectomía). A gran distancia le siguen el GRD 187 (extracciones y reposiciones dentales) y el GRD 284 (trastornos menores de la piel sin complicaciones). Sólo los tres primeros GRDs representan el 50% del total. Tabla 4.10.

Tabla 4.10

Análisis de los 25 GRDs más frecuentes de casos atendidos de manera ambulatoria en los hospitales del SES. Extremadura. 2007

GRD/Descripción	Pacientes	
	Nº total	Porcentaje
270 Otros procedimientos sobre piel, tejido subcutáneo y mama sin cc.	8.200	26,31%
39 Procedimientos sobre cristalino con o sin vitrectomía	6.567	21,07%
187 Extracciones y reposiciones dentales	3.829	12,28%
284 Trastornos menores de la piel sin cc.	1.440	4,62%
40 Procedimientos extraoculares excepto órbita edad >17 años	1.262	4,05%
266 Injerto piel/desbridamiento exc. por úlcera cutánea	1.154	3,70%
162 Proced. sobre hernia inguinal y femoral edad >17 años	1.003	3,22%
323 Cálculos urinarios con cc., y/o litotripsia extracorpórea	702	2,25%
351 Esterilización varón	646	2,07%
6 Liberación de túnel carpiano	591	1,90%
359 Procedimientos (útero y anejos) por ca. in situ y proceso no maligno	519	1,67%
256 Otros diagnósticos sistema musculoesquelético/tejido conectivo	518	1,66%
158 Procedimientos sobre ano y enterostomía sin cc.	502	1,61%
369 Trastornos menstruales y problemas aparato genital femenino	494	1,58%
342 Circuncisión edad >17 años	488	1,57%
160 Procedimientos sobre hernia excepto inguinal y femoral	425	1,36%
119 Ligadura y stripping de venas	407	1,31%
262 Biopsia de mama y excisión local procedimiento no maligno	381	1,22%
47 Otros trastornos del ojo edad >17 sin cc.	314	1,01%
267 Procedimientos de región perianal y enfermedad pilonidal	299	0,96%
867 Escisión local y extracción de dispositivo fijación interna	299	0,96%
55 Procedimientos misceláneos sobre oído, nariz, boca y garganta	288	0,92%
229 Procedimientos sobre mano o muñeca, excepto procedimientos mayores	288	0,92%
494 Colectomía laparoscópica conducto biliar sin cc.	282	0,90%
169 Procedimientos sobre boca sin cc.	271	0,87%
Total 25 primeros GRD	31.169	84,24%
Total	37.000	100%

Fuente: SES. Análisis del CMDB y GRDs de Extremadura.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

4.4 MORBILIDAD DE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS

4.4.1 MORBILIDAD CARDIOVASCULAR

Los datos de morbilidad cardiovascular se obtienen fundamentalmente de la información proporcionada por los servicios sanitarios (altas hospitalarias) y por las encuestas sobre discapacidad.

a) Morbilidad hospitalaria general de origen cardiovascular

Las cifras de altas hospitalarias ofrecen una buena estimación del tipo de problemas de salud que más frecuentemente atienden los servicios hospitalarios.

Sin embargo, no permiten una adecuada evaluación de la frecuencia de los problemas de salud en la población, al estar muy influidas por las mejoras en las prácticas médicas y en la disponibilidad de recursos sanitarios.

Las cifras de morbilidad hospitalaria cardiovascular son muy elevadas en Extremadura. Según datos del INE correspondientes a 2006:

- Las patologías cardiovasculares son la primera causa de ingreso hospitalario, originando 15.611 altas hospitalarias en Extremadura, el 13,73% del total.
- Por sexos, las enfermedades cardiovasculares conforman la primera causa de hospitalización entre los varones (8.586 altas, el 16,12% del total en Extremadura) y la segunda, tras las enfermedades obstétricas directas, entre las mujeres (7.026 altas, el 11,63%).
- Por grupos de edad, estas patologías constituyen la primera causa de morbilidad hospitalaria a partir del grupo de 55 a 64 años, y sobre todo por encima de los 65 años. Estos datos son muy reveladores y concuerdan con el envejecimiento de la población extremeña, que es superior a la media nacional.
- Estas enfermedades presentan una estancia hospitalaria media de 8 días, igual a la media nacional. Esto mismo sucede con el infarto agudo de miocardio (estancia media de 9 días en España y Extremadura), mientras la enfermedad cerebrovascular posee cifras inferiores en Extremadura (9 días por 11 en España).

Los datos publicados por el SES, correspondientes a 2007, también demuestran la importancia de la morbilidad hospitalaria de origen cardiovascular:

- La CDM 5 “Enfermedades y trastornos del aparato circulatorio” ocupa el tercer lugar, con 11.981 altas (12,06%).

- Entre los 10 diagnósticos principales más frecuentes del análisis del CMBD están: “4280. Insuficiencia cardiaca congestiva, no especificada” (1,70% del total de altas). “41401. Aterosclerosis coronaria de arteria coronaria NATI” (1,16%); y “43.491. Oclusión de art. cerebral no especific. con infarto” (0,97%).
- Resulta significativo que entre los 10 diagnósticos secundarios más frecuentes del análisis del CMBD aparezcan un total de 7 ítems relacionados con las enfermedades cardiovasculares: hipertensión no especificada, diabetes *mellitus* tipo 2, fibrilación auricular, abuso de tabaco, hiperlipidemia, insuficiencia cardiaca congestiva y empleo de anticoagulantes.
- Entre los 25 GRDs más frecuentes se encuentran 4 ítems relacionados con estas patologías: “127. Insuficiencia cardiaca & shock” (2.008 pacientes); “14. Ictus con infarto” (1.070 pacientes); “544. ICC & arritmia cardiaca con CC mayor” (893 pacientes); y “125. Trast. circulatorios excepto IAM, con cateterismo diag. complejo” (809 pacientes).

Las cifras de morbilidad cardiovascular aumentan desde hace más de 20 años debido, entre otras causas, al envejecimiento de la población extremeña y a las mejoras asistenciales, confirmándose así como la primera causa de morbilidad hospitalaria y como uno de los principales motivos de discapacidad y de utilización de los servicios sanitarios en Extremadura.

b) Morbilidad hospitalaria cardiovascular por causas

Las principales enfermedades cardiovasculares presentan cifras ascendentes:

Enfermedades isquémicas del corazón:

La demanda asistencial y la morbilidad hospitalaria por enfermedad isquémica del corazón se han estabilizado durante los últimos años: se ha pasado de 4.165 altas en 2003 a 4.173 en 2006, lo que supone el 26,73% del total de altas de origen cardiovascular en este último año (INE). De ellas, 1.400 altas fueron debidas a infarto agudo de miocardio, 338 a angina de pecho y 2.435 a “otras formas de enfermedad isquémica del corazón”.

Por sexos las altas hospitalarias fueron más numerosas en varones (2.765, el 32,20% del total de altas cardiovasculares) que en mujeres (1.407, el 20,03%).

Enfermedades cerebrovasculares:

La morbilidad hospitalaria por enfermedad cerebrovascular también se encuentra estabilizada: se ha pasado de las 3.083 altas de 2003 a las 3.032 de 2006 (INE), lo que supone el 19,42% del total de altas de origen cardiovascular en este último año.

CAPÍTULO

Por sexos, en 2006 las altas hospitalarias presentaron cifras brutas mayores en varones, pero relativas más altas en mujeres: en varones fueron 1.547 altas, el 18,02% del total; mientras que en mujeres hubo 1.485 altas, el 21,14% (INE).

Insuficiencia cardiaca:

Se estima una prevalencia cercana al 1% de la población mayor de 40 años, duplicándose con cada década de edad hasta situarse alrededor del 10% en los mayores de 70 años. Constituye una causa importante de ingreso hospitalario, siendo la primera causa en mayores de 65 años, y asociándose a un elevado índice de reingreso.

En las últimas décadas se han incrementado significativamente las hospitalizaciones debidas a insuficiencia cardiaca. Durante 2006 se produjeron 2.507 altas hospitalarias en Extremadura por esta patología, lo que supone el 16,06% del total de altas de origen cardiovascular.

Por sexos, en 2001 ocasionaron 1.084 altas en varones (el 12,63% del total de altas de origen cardiovascular) y 1.423 en mujeres (alcanzando el 20,25% del total).

Arteriopatía periférica:

El término engloba distintas patologías que, en general, se caracterizan por un aumento lineal de su incidencia y prevalencia con la edad, especialmente a partir de los 65 años. El Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura 2007/2011 prioriza las siguientes enfermedades: isquemia (aguda y crónica) de las extremidades, estenosis carotídea extracraneal y aneurisma aórtico abdominal.

Estas patologías presentan en conjunto cifras menores de morbilidad hospitalaria que otras enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, son importantes por su elevada frecuencia entre las personas mayores de 65 años y/o por su gravedad.

4.4.2 MORBILIDAD POR CÁNCER

Según el INE, durante el año 2006 se produjeron 6.184 altas con el diagnóstico principal de neoplasias malignas, lo que representa el 5,44% del total de las altas. La estancia media fue de 12 días y el consumo total de estancias de 71.339 días.

Las causas diagnósticas principales para ambos géneros fueron: neoplasia maligna de colon y recto (771 altas), neoplasia maligna de bronquios y pulmón (750 altas), neoplasia maligna de vejiga (523 altas) y neoplasia maligna de mama (517 altas).

Las principales causas de ingreso por tumores malignos para hombres fueron: tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón (683 altas); tumor maligno de colon y recto (480 altas), y tumor maligno de vejiga (455 altas).

Las principales causas de ingreso por tumores malignos para mujeres fueron: tumor maligno de la mama (513 altas), tumor maligno de colon y recto (292 altas) y tumor maligno de útero (212 altas).

Los tumores que produjeron mayor estancia media hospitalaria en ambos géneros fueron el tumor maligno de colon y recto, el de estómago y las leucemias, con 17 días.

En varones se situaron en primer lugar los tumores malignos de estómago con 18 días, seguidos de las neoplasias malignas de colon y recto (17 días), y las leucemias y los tumores malignos de esófago (15 días).

En mujeres, los tumores malignos que produjeron mayor estancia media fueron las leucemias (19 días), seguidos de las neoplasias malignas de estómago y de colon y recto (17 días).

4.4.3 MORBILIDAD POR DIABETES

En el ámbito hospitalario, la diabetes *mellitus* (DM) origina una actividad asistencial notable, que se corresponde, en 2004-2005, con 1.483 y 1.674 altas hospitalarias con diagnóstico principal de DM (tipo 1, tipo 2 y gestacional) respectivamente, según la información obtenida del CMBD en los centros sanitarios de la red pública de Extremadura.

Con relación a la ceguera, la única información estructurada disponible es la suministrada por la Organización Nacional de Ciegos de España (ONCE), referente a sus nuevos afiliados. Según esta organización, en los años 2005 y 2006 ascendían a 117 y 115, respectivamente, las personas afiliadas en Extremadura que presentaban déficit visual debido a retinopatía diabética, lo que supone un 6,2% del total de afiliados.

Otros estudios describen una prevalencia del 37,5% de retinopatía entre extremeños que padecen DM, cifra asimilar a la media española, que se aproxima al 40%.

Durante 2004, la nefropatía diabética fue la segunda causa de entrada en programas de tratamiento renal sustitutivo, 31 casos en Extremadura, constituyendo el 22,79% del total de ingresos en el programa.

Para el mismo año, la prevalencia de enfermos en tratamiento renal sustitutivo debido a diabetes fue de 150 casos, lo que supuso un 14,84% del total de personas con este tratamiento. Se contabilizaron un total de 22 enfermos trasplantados de riñón por la misma causa (5,84% del total de trasplantados).

Según el estudio MICREX de 2006, realizado en el ámbito de la atención primaria en Extremadura, la prevalencia de microalbuminuria en personas con DM fue del 21,4%.

CAPÍTULO**4.5 PATOLOGÍA DE SALUD MENTAL**

Los trastornos mentales y conductuales son relativamente frecuentes y universales. Se estima que más del 27% de los europeos adultos sufren al menos una forma de alteración psíquica a lo largo de su vida.

Según el análisis de GBD (*Global Burden of Disease*), considerando el trastorno depresivo unipolar, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, la epilepsia, los trastornos por consumo de alcohol y de determinadas sustancias psicoactivas, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico y el insomnio primario, los trastornos mentales y conductuales afectarían en un momento dado al 10% de la población adulta aproximadamente.

Los datos epidemiológicos más recientes para España son los obtenidos de la participación de nuestro país en el Estudio Europeo sobre Epidemiología de los Trastornos Mentales, denominado ESEMED (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*), que ha incluido en la muestra española a 5.473 personas.

Éste determinó que la tasa de prevalencia-vida en Europa para los trastornos mentales comunes (los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo) era del 25% y la de prevalencia-año del 9,8. El estudio del Eurobarómetro de 2002 concluyó que la tasa de prevalencia de casos probables de trastorno mental común en Europa era del 23,4% de la población adulta

Según los resultados de este estudio, un 19,46% de los participantes españoles había presentado algún trastorno mental en algún momento de su vida, y un 8,48% un trastorno en los últimos 12 meses. El trastorno mental más frecuente fue el episodio de depresión mayor, seguido de la fobia específica y la distimia.

La Estrategia en Salud Mental del SNS pone de manifiesto la escasez de datos epidemiológicos de los trastornos mentales de la infancia y adolescencia en población general y de ámbito nacional y la escasa generalización de los disponibles.

Los trastornos mentales afectan en mayor medida a las mujeres (11,44 de prevalencia-año) que a los hombres (5,25). Por grupos de edad, entre los 18 y los 24 años se dan las mayores tasas de prevalencia (10,1), seguida del tramo de edad de entre 50 y 64 años (9,1), si bien en el caso del trastorno afectivo, aumenta con la edad.

La situación laboral tiene un especial impacto en el desarrollo de los trastornos mentales, ya que según los datos de este estudio para España, este tipo de trastornos

afectaba al 20,2% de la población adulta desempleada y al 15,6% de la población jubilada. Asimismo aparecen diferencias en relación con el tamaño del municipio, existiendo mayores tasas de prevalencia en los municipios de mayor tamaño.

Por lo que respecta a otros factores de riesgo como el estado civil, el Eurobarómetro pone de manifiesto que el 43,1% de la población española en situación de viudedad y el 29,6% de la divorciada padece algún tipo de trastorno mental.

Entre los trastornos del estado de ánimo, el más frecuente es el episodio depresivo mayor. Aproximadamente, un 10,55% de la población adulta lo padecerá en algún momento de su vida y un 3,96% lo ha padecido en el último año.

El GBD 2000 estima que la prevalencia puntual de los episodios de depresión unipolar es del 1,9% en la población masculina y del 3,2% en la femenina, y que el 5,8% de los hombres y el 9,5% de las mujeres experimentarán un episodio depresivo en un periodo de 12 meses.

Los trastornos de ansiedad son ligeramente más frecuentes que los trastornos del estado de ánimo, según los datos de prevalencia-año (5,1% frente a 4,3%). El trastorno más frecuente es la fobia específica (2,76%), seguido de la ansiedad generalizada (0,83%) y el trastorno de angustia (0,69%).

4.5.1 MORBILIDAD ESTIMADA EN TRASTORNOS MENTALES GRAVES

Según un estudio que analiza la prevalencia atendida de esquizofrenia en todas las unidades de hospitalización breve de Extremadura desde el 1 de enero de 1990 al 31 de diciembre de 2000, se obtienen las siguientes conclusiones:

- Se estima en 1.160 la población actual de extremeños con esquizofrenia.
- La relación entre sexos es de 2:1 en favor de los varones.
- El promedio de edad de quienes fue posible determinarla fue de 39,1 años.
- La prevalencia entre la población de 15 años o más resultó de 1,4 por 1.000 habitantes.
- En un 51,7% el diagnóstico fue de esquizofrenia paranoide y en un 22% de esquizofrenia residual.

La tasa de incidencia promedio en el período fue de 0,05 por 1.000 habitantes en población de 15 a 69 años, siendo superior en hombres (0,07) que en mujeres (0,04).

CAPÍTULO**4.5.2 MORBILIDAD ATENDIDA EN EL SSPE**

No existen datos de la demanda atendida en los Equipos de Atención Primaria (EAP) por problemas relacionados con la salud mental.

En los equipos de salud mental (ESM) se han realizado cerca de 110.000 consultas en 2005 (100.000 en ESM de adultos, 7.200 en infanto-juveniles y 2.500 en la Unidad de Trastornos de la Alimentación), en el 75% de los casos derivados desde atención primaria. La relación de nuevas consultas sobre las sucesivas ha sido de 0,18.

Los diagnósticos de las primeras consultas realizadas en los ESM eran de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos en el 30,5% de los casos; trastornos afectivos en el 29,7% y esquizofrenias en el 9,1%. El resto han sido trastornos de la personalidad (6,6%), trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en infancia y adolescencia (5,6%), trastornos de la conducta alimentaria (5,3%) y otros trastornos.

En 2005 se realizaron 2.418 altas en las cuatro unidades de hospitalización breve (UHB) de Extremadura, con una estancia media de 14 días.

Atendiendo exclusivamente a los datos de las unidades de los hospitales generales de Cáceres y Badajoz, las psicosis son el GRD más frecuente de las altas (suponen la mitad de los 20 GRD más frecuentes). Le siguen los trastornos de la personalidad y las neurosis depresivas.

En la serie temporal 2002-2004 de estas altas no parece existir crecimientos significativos en patología alguna, a excepción si acaso de la UHB de Cáceres en las altas de neurosis (excepto depresiva) y en las de trastornos de la personalidad y control de impulsos.

En los dispositivos de rehabilitación se atendieron a 780 personas durante 2005: 488 en Centros de Rehabilitación Psicosocial (63%), 40 en el Centro Residencial de Rehabilitación (5%), 20 en pisos supervisados (3%), 65 en Programas de Rehabilitación Laboral (8%) y 167 en Centros de Ocio (21%).

El análisis de la población atendida en los hospitales psiquiátricos muestra que posee un marcado perfil social: o bien son personas mayores de 65 años (el 40% del total, que supondrán el 70% dentro de 10 años y de los que un tercio posee retraso mental como diagnóstico principal), o bien personas con retraso mental (en el 40% de la población ingresada) o bien poseen enfermedades mentales en fases crónicas o residuales (con un ingreso medio de 18 años y una red social de apoyo baja o inexistente). Sólo el 5% posee patología activa.

Los servicios de transporte sanitario realizaron 243 traslados psiquiátricos urgentes en 2005, en más del 90% de ellos a las UHB.

En 2005 se emitieron 71.072 altas laborales, en un 5,1% de los casos por problemas relacionados con la salud mental, mientras que los días de incapacidad laboral por estos motivos supusieron el 9,58% del total, ascendiendo a 189.350 días.

La duración media de estos procesos de incapacidad transitoria fue de 52,26 días (en los casos de esquizofrenia la duración ascendía a 101,5 días).

Casi el 90% de estos procesos se debieron a trastornos depresivos (49,2%) o neuróticos (39,1%).

4.5.3 PSICOFARMACOEPIDEMIOLOGÍA

De las conclusiones de estudios realizados en nuestro ámbito por Llerena A. y cols. destacan las siguientes:

- En 1994, 3 de cada 1.000 extremeños estaban cada día en tratamiento antipsicótico, cifra inferior a la de otras comunidades autónomas y cifra cinco veces menor que en los países escandinavos.
- En un estudio posterior se analizaron los fármacos utilizados en asistencia primaria en Extremadura, concluyéndose la baja utilización de antidepresivos y antipsicóticos respecto a los países nórdicos, obteniéndose unas dosis diarias por 1.000 habitantes (DHD) de antipsicóticos hasta 10 veces inferior a dichos países.
- Las DHD de antipsicóticos han aumentado de 1,98 en 1990 a 2,59 en 1997.
- En otro estudio comparativo sobre el consumo de antipsicóticos de Extremadura y la región de Hungría de Hajdú-Bihar durante el período 1990-2000, se concluyó que mientras aumentó el consumo en Extremadura, en Hajdú-Bihar se mantuvo estable. Al principio del período el fármaco más prescrito en Extremadura fue el haloperidol mientras que al final fue la olanzapina. En la Hajdú-Bihar se mantuvo el haloperidol durante todo el período. Por último, el consumo en esta región húngara fue el doble que en Extremadura. En la comparación del consumo de antidepresivos de estas dos regiones se concluyó que en ambos casos se duplicó a lo largo del período, siendo mucho mayor en Extremadura.
- En cuanto a los ansiolíticos, su consumo en Extremadura ha pasado de 18,9 DHD en 1990 a 31 DHD en 1997, encontrándose el 3% de los extremeños en tratamiento cada día con estos psicofármacos.

CAPÍTULO

Según los datos disponibles por el SES, en Extremadura en 2005 se consumieron 45,3 millones de dosis diarias definidas (DDD), un 47% de antidepresivos, un 44% de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, un 6% de antipsicóticos y un 3% de antidemenciales. Las DHD son, respectivamente, de 54,9; 51,6; 7,2 y 3,5. En conjunto representan una DHD de 117,2.

4.5.4 MORBILIDAD PERCIBIDA EN SALUD MENTAL

Las encuestas de salud de Extremadura de 2001 y 2005, y la Encuesta Nacional de Salud de 2003 muestran los siguientes datos:

- El 69% de los encuestados consideraba que su estado de salud es bueno o muy bueno, mayor en el caso de los hombres que en el de las mujeres. Este porcentaje era similar al de la media nacional.
- El 5% de los adultos encuestados en 2001 refería que durante los últimos 12 meses había tenido que limitar su actividad durante más de 10 días por problemas psíquicos. Este porcentaje se elevaba al 7% en la encuesta de 2005. En el caso de que la reducción o limitación de su actividad principal se refiriese a las últimas dos semanas, los porcentajes aumentaban hasta el 10,3% en 2001 y el 8,9% en 2005.
- En 2001 el 12,7% refería haber utilizado durante las últimas dos semanas tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir, y el 8,2% antidepresivos o estimulantes; mientras que en 2005 los porcentajes eran del 14,3% y 7,4% respectivamente.
- El 0,9% de los encuestados en 2001 visitó al psiquiatra en las últimas dos semanas, mientras que en 2005 fue el 0,4%.
- El 8,26% de los encuestados en 2001 refirió que su médico le había dicho que tiene depresión (en comparación con el 4,56% registrado en la Encuesta Nacional de Salud de 2003), porcentaje que en 2005 bajó al 7,3%, registrando el mayor porcentaje de España después de Galicia y Asturias. En todos los casos el porcentaje era mayor en mujeres que en varones y aumentaba a medida que se avanza en edad. La depresión también era referida en mayor porcentaje cuando los municipios son más grandes, el nivel de estudios es menor, el nivel de recursos económicos es menor o cuando el sustentador principal de la familia no tiene estudios o son jubilados, pensionistas o amas de casa.

4.5.5 MORBILIDAD RECONOCIDA RELACIONADA CON LA SALUD MENTAL

Según la Base Estatal de Personas con Discapacidad, a diciembre de 2001, Extremadura poseía un porcentaje mayor que la media nacional de personas con minusvalía superior al 33% en todos los tipos de discapacidad (osteoarticular, neuromuscular, órganos internos y piel, retraso mental, trastorno mental, visual auditiva, expresiva o mixta). La

diferencia era especialmente alta en retraso mental (sólo por detrás de Ceuta) y trastorno mental (detrás de Asturias y de nuevo Ceuta).

En 2005, en los Centros de Atención a la Discapacidad de Extremadura (CADEX) se han realizado 1.528 reconocimientos de minusvalías mayores o iguales del 33% por causas relacionadas con la salud mental. En un 40% de ellos el motivo del reconocimiento eran trastornos mentales, un 10% retraso mental, madurativo o del desarrollo, un 9% demencias y 41% otras causas.

4.6 INFECCIÓN VIH/SIDA

4.6.1 INFECCIÓN POR VIH

Desde el año 2001 (año de funcionamiento del sistema de información SINVIH) hasta junio de 2008 se han notificado un total de 228 casos de nuevas infecciones por VIH, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 21,54 por cien mil habitantes. El número de diagnósticos anuales alcanzó su valor máximo en el año 2001 con 40 casos.

Según el sexo, durante todos estos años la mayor incidencia siempre ha sido en hombres, con 167 casos frente a los 57 casos en mujeres, desconociéndose el sexo y la edad en 4 casos. Tabla 4.11.

Tabla 4.11 Nuevas infecciones por VIH. Distribución de casos y tasas de incidencia acumulada por cien mil habitantes según año de diagnóstico. Extremadura. 2001-2008

Año de diagnóstico*	Casos	Tasas
2001	40	3,78
2002	34	3,21
2003	36	3,40
2004	29	2,74
2005	18	1,70
2006	28	2,74
2007	12	2,93
2008 (hasta 30/06/2008)	11	1,04
Total	228	21,54

*Año de funcionamiento del SINVIH.

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Boletín Epidemiológico de Extremadura.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La edad media al diagnóstico es de 36,96 años y el grupo de edad donde la incidencia es mayor es el de 35-39 años. Tabla 4.12.

CAPÍTULO

Tabla 4.12

Nuevas infecciones por VIH. Distribución de casos y tasas de incidencia acumulada por cien mil habitantes según grupo de edad y sexo. Extremadura. 2001-2008

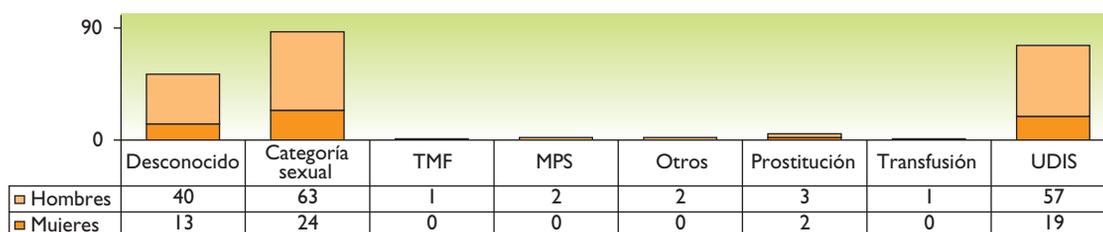
Grupo de edad	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
0-4	1	11,56	2	12,11	3	11,83
5-10	0	0,00	0	0,00	0	0,00
11-14	1	5,94	0	0,00	1	3,05
15-19	0	8,11	0	0,00	0	0,00
20-24	5	37,66	4	15,76	9	26,96
25-29	18	88,92	11	59,94	29	74,82
30-34	35	132,65	13	42,99	48	88,47
35-39	45	157,42	9	29,25	54	94,99
40-44	30	99,46	11	32,47	41	67,38
45-49	17	65,83	4	20,93	21	44,57
50-54	5	25,07	3	11,22	8	18,29
55-59	5	26,94	0	0,00	5	13,40
60-64	2	13,54	0	0,00	2	6,48
65-69	1	3,44	0	0,00	1	1,62
70-74	1	0,00	0	0,00	1	0,00
75-79	1	5,61	0	0,00	1	2,38
Total	167	49,72	57	15,56	224	32,50

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Boletín Epidemiológico de Extremadura.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La categoría de transmisión más frecuente es la categoría sexual, independientemente de si es homosexual, bisexual o heterosexual, seguido de los usuarios de drogas inyectadas (UDIS). Figura 4.10.

Figura 4.10

Nuevas infecciones por VIH. Distribución de casos por categoría de transmisión y sexo. Extremadura. 2001-2008



TMF: Transmisión materno infantil. MPS: Múltiples parejas sexuales. UDIS: Usuarios de drogas inyectadas
Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Boletín Epidemiológico de Extremadura.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

En cuanto al estadio clínico, es la infección que debuta como sida la que predomina con respecto al resto (41%).

4.6.2 SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (sida)

Desde el año 1985 hasta el 30 de junio de 2008, se han notificado en Extremadura a la Red de Vigilancia Epidemiológica un total de 1.166 casos de sida, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 110,16 por cien mil habitantes. El número de diagnósticos anuales alcanzó su valor máximo en el año 1996 con 157 casos, lo que supuso una tasa acumulada para ese año de 14,83 por cien mil habitantes. Tabla 4.13.

Tabla 4.13

Distribución de casos y tasas por cien mil habitantes de sida por año de diagnóstico. Extremadura. 1985-2008

Año de diagnóstico*	Casos	Tasas
1985	1	0,09
1986	1	0,09
1987	8	0,76
1988	27	2,55
1989	34	3,21
1990	45	4,25
1991	36	3,40
1992	59	5,57
1993	65	6,14
1994	114	10,77
1995	111	10,49
1996	157	14,83
1997	125	11,81
1998	81	7,65
1999	56	5,29
2000	37	3,50
2001	49	4,63
2002	42	3,97
2003	34	3,21
2004	27	2,55
2005	22	2,08
2006	22	2,08
2007	10	0,94
2008 (a 30/6/08)	3	0,28
Total	1.166	110,16

*Fecha de aparición de la primera enfermedad indicativa.

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Boletín Epidemiológico de Extremadura.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Según el sexo, la mayor incidencia aparece en hombres, alcanzando una tasa de máxima incidencia acumulada de 181,35 por cien mil habitantes.

La edad media al diagnóstico es de 34 años. En ambos sexos y hombres, la mayor incidencia aparece en el grupo de edad de 30-34 años; en mujeres, sin embargo, el sida aparece en edades más tempranas, con mayor incidencia en el grupo de 25-29 años. Tabla 4.14.

CAPÍTULO

Tabla 4.14

Sida en Extremadura. Distribución de casos y tasas de incidencia acumulada por cien mil habitantes según grupo de edad y sexo. 1985-2007

Grupo de edad	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
0-4	6	23,12	10	40,37	16	31,55
5-9	2	6,88	1	3,62	3	5,91
10-14	1	2,97	1	3,15	2	3,05
15-19	6	16,21	2	5,83	8	11,22
20-24	61	153,15	19	49,91	80	102,70
25-29	223	550,83	61	158,97	284	360,15
30-34	254	623,96	54	136,55	308	383,78
35-39	228	527,81	32	78,01	260	308,73
40-44	80	198,91	15	40,59	95	123,10
45-49	45	141,07	9	31,39	54	89,15
50-54	21	75,21	4	14,95	25	45,73
55-59	13	50,02	4	15,25	17	32,55
60-64	6	27,09	0	0,00	6	12,96
65-69	3	10,32	1	3,05	4	7,89
70-74	0	0,00	0	0,00	1	1,97
75-79	0	0,00	0	0,00	0	0,00
80-84	0	0,00	1	6,43	1	4,01
Desconocido	3		0		3	
Total	952	181,35	214	40,11	1.166	110,16

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Boletín Epidemiológico de Extremadura.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

A lo largo de los años, la categoría de transmisión más frecuente y según el riesgo calculado es la de UDIS, aunque desde el año 2006 es la categoría sexual la que predomina.

4.7 DETECCIÓN PRECOZ DE LAS MINUSVALÍAS

El cribado de errores congénitos del metabolismo se viene realizando desde el año 1984 a todos los recién nacidos en Extremadura, planificado por la Consejería de Sanidad y con la colaboración de los centros gestionados por el proveedor de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en cada momento (INSALUD hasta 2001 y SES desde 2002). El diagnóstico precoz de estos problemas metabólicos, permite un mayor control de los mismos y posibilita un tratamiento temprano, gracias al cual se puede evitar el deterioro físico y psíquico e incluso la muerte de los pacientes que lo padecen.

Este programa de cribado neonatal, activo desde 1993, se formuló con un Plan de Prevención de Minusvalías con tres programas clave: prevención de las metabolopatías, prevención de las hipoacusias en recién nacidos y diagnóstico genético.

En esta misma línea, y con el objetivo de potenciar la implantación y desarrollo de programas de prevención, educación sanitaria y atención integral a los niños extremeños, se creó mediante Decreto 54/2003, de 22 de abril, el Centro Extremeño de Desarrollo Infantil (CEDI), encontrándose entre sus principales funciones la de proporcionar atención sanitaria a todos los niños que presenten trastornos o disfunciones en su desarrollo, independientemente del origen, tipo y grado de los mismos.

El CEDI dispone entre otras de las siguientes áreas:

- Área de cribados analíticos.
- Área de genética.
- Área de detección precoz de hipoacusias.
- Área de desarrollo neuroevolutivo.
- Área de traumatismos infantiles y juveniles.
- Área de prevención, detección y seguimiento de la ceguera.

4.7.1 DETECCIÓN PRECOZ DE ERRORES CONGÉNITOS DEL METABOLISMO

Las enfermedades que en la actualidad se diagnostican en Extremadura en el campo de la detección precoz de las minusvalías son: hipotiroidismo neonatal congénito; fenilcetonuria; hiperplasia adrenal congénita; fibrosis quística de páncreas y hemoglobinopatías (talasemias y anemias falciformes), mientras que en orina son diagnosticadas las aminoacidopatías.

Durante el periodo 2004-2007 se estudiaron un total de 38.837 de recién nacidos, habiéndose detectado las metabolopatías que se describen en la Tabla 4.16.

Tabla 4.16 Evolución de recién nacidos estudiados y metabolopatías detectadas. Extremadura. 2004-2007

Año	Estudiados	Fenilcetonúricos	Hipotiroides
2004	9.558	3	3
2005	9.613	0	2
2006	9.809	0	4
2007	9.857	1	3
Total	38.837	4	12

Fuente: Centro Extremeño de Desarrollo Infantil.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO**4.7.2 DETECCIÓN PRECOZ DE SORDERA**

El cometido del programa de detección precoz de las hipoacusias en recién nacidos, es el cribado y diagnóstico de todos los niños con patologías auditivas, nacidos en los hospitales públicos y privados de la CAE.

El cribado de sordera se establece mediante la realización de otoemisiones a todos los recién nacidos de la Comunidad Autónoma. Para ello, cada Servicio de Otorrinolaringología de los hospitales públicos con nacimientos está dotado de la tecnología necesaria para la realización de dicho estudio. Esta prueba la realiza un enfermero, bajo la supervisión de un otorrinolaringólogo, a todo niño antes del alta hospitalaria. Los niños nacidos en un hospital privado son citados al Servicio de Otorrinolaringología de su área.

Cuando el resultado del cribado lo precisa, los niños son citados a la consulta de otorrinolaringología y, si es necesario, se le realizan los potenciales evocados. Para esto son derivados a uno de los hospitales que cuentan con esta técnica (en la actualidad, Badajoz, Cáceres y Mérida). Desde el año 2005, se cuenta con un registro único en la Comunidad Autónoma de los niños estudiados.

El programa incluye la adaptación protésica a los niños hipoacúsicos y la rehabilitación auditiva y logopédica iniciada en el momento del diagnóstico de la deficiencia, continuándola como mínimo hasta los tres años de edad del niño, cuando entra en el aula de preescolar.

4.7.3 SUBUNIDAD DE GENÉTICA

La Subunidad de Genética, funcionante desde 1995, realizó desde el año 1999 hasta finales del 2002 una media de 548 estudios de laboratorio anuales (cariotipos, extracciones de ADN de sangre y tejidos y citogenética molecular mediante hibridación *in situ* fluorescente). Esta cantidad se elevó a 710 anuales de media durante el cuatrienio 2003-2006.

A mediados de 2006, el laboratorio pasó a integrarse en el Servicio de Inmunología del Hospital “Infanta Cristina” de Badajoz, conformándose en tres Subunidades: Citogenética Convencional, Citogenética Molecular y Genética Molecular. Solo en 2007 se triplicó la cifra de pruebas, alcanzando las 2.194 en el conjunto de la Unidad.

Así mismo, a las consultas tradicionales de Genética se añadió la institucionalización del asesoramiento y programa de detección y seguimiento de la susceptibilidad heredada a padecer cáncer, habiendo atendido a más de 60 familias durante 2007 en el Hospital “Infanta Cristina” de Badajoz, existiendo una Unidad similar en Cáceres.

4.8 ENFERMOS RENALES EN TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO (ERTRS)

El número de ERTRS que entraron en programa durante el período anual 2005 en Extremadura (pacientes residentes en la CAE y que han iniciado el tratamiento renal sustitutivo en cualquiera de sus modalidades por primera vez en cualquier centro de Extremadura) fue de 130 enfermos, lo que supone una tasa de incidencia acumulada anual de 12,09 por cien mil habitantes; de estos, 13 personas fallecieron durante 2005, lo que supone una tasa de letalidad acumulada anual del 10% de enfermos.

De los 130 casos incidentes en 2005, el 86,92% estaba sometido a tratamiento de hemodiálisis y el 13,08% a diálisis peritoneal, no estando ninguno en la modalidad de trasplante. La incidencia acumulada ha sido mayor en mujeres: 12,31 por cien mil habitantes frente a 9,72 en varones. Tabla 4.17.

Tabla 4.17

Incidencia de ERTRS. Modalidad de tratamiento. Casos por género y tipo de tratamiento. Extremadura. 2005

	Mujeres		Hombres		Ambos géneros	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Diálisis peritoneal	7	9,59	10	17,45	17	13,08
Hemodiálisis	66	90,41	47	82,46	113	86,92
Total	73	100	57	100	130	100

Fuente: Presidencia. Dirección General de Comunicación (11-8-2006).

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La edad media de entrada al tratamiento renal sustitutivo ha sido de 65 años en ambos géneros, con una desviación típica de 13,73 y rango de 68 años (límite inferior 20 años en mujeres y 21 en varones; límite superior 85 años en mujeres y 88 en varones).

4.9 INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO (IVE)

En 1986 se inició el Registro de IVEs en España, a partir de la Orden Ministerial de 16 de junio. Posteriormente se regularon las IVEs en Extremadura a través de la Consejería de Sanidad, en coordinación con el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de junio (BOE nº 166 de 12/06/1985), que modificó el Código Penal en el sentido de despenalizar parcialmente la IVE.

En Extremadura durante el año 2006 se practicaron 2.643 IVEs, de las que 938 (35,49%) fueron mujeres residentes en Extremadura, 1.650 (62,43%) fueron mujeres residentes en Portugal, y 55 residentes en otra comunidad autónoma. Tabla 4.18.

CAPÍTULO

Tabla 4.18 Distribución de IVEs realizadas en Extremadura. Valores absolutos. 1999-2006

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Residentes Extremadura	532	675	597	594	633	901	924	938
Residentes Portugal	283	227	398	611	678	1.036	1.074	1.650
Residentes otras CCAA	10	14	9	7	14	1	32	55
Total	825	916	1.004	1.212	1.325	1.938	2.030	2.643

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

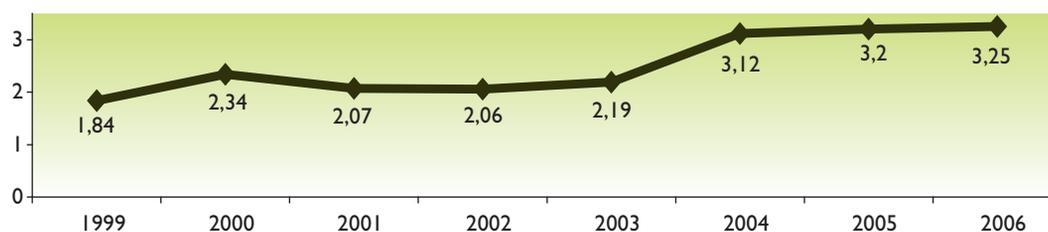
La edad media de las mujeres a las que se les practicó una IVE en Extremadura en 2006, con residencia habitual en Extremadura, fue de 26,44 años. Por grupos de edad, la mayor distribución porcentual correspondió a mujeres de 20-24 años y de 25-29 años, ambas con un 23,77%. Tabla 4.19.

Tabla 4.19 Distribución porcentual según grupo de edad de las mujeres a las que se ha practicado una IVE en Extremadura. 2006

	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
Residentes Extremadura	0,43	20,36	23,77	23,77	15,03	10,45	5,54	0,64
Residentes Portugal	0,55	10,85	17,82	22,73	21,27	17,58	8,36	0,85
Residentes otras CCAA	-	12,73	18,18	21,82	25,45	14,55	7,27	-
Total	0,49	14,26	19,93	23,11	19,14	14,98	7,34	0,76

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La tasa anual de las IVE practicadas a mujeres residentes en Extremadura en el 2006 fue de 3,25 por mil mujeres, presentando una línea ascendente en los últimos años y siendo 2006 el año con cifras mayores; la tasa media del periodo de estudio fue de 2,51 por mil mujeres. Figura 4.11. El motivo de la interrupción del embarazo ha sido la salud materna en un 99,96% de los casos.

Figura 4.11 Evolución de las tasas de IVE practicadas a mujeres residentes en Extremadura. 1999-2006

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

De las mujeres residentes en Extremadura a las que se les practicó una IVE en la CAE durante el año 2006, el 69,30% estaban solteras, y el 59,06% no convivían en pareja; el 35,61% presentaron un nivel de instrucción de primer ciclo de segundo grado de enseñanza obligatoria; la situación laboral más frecuente era la de asalariada con un 50,11% del total, al igual que en el caso de la pareja o cónyuge que también era asalariado en el 64,18% de los casos; el 75,27% no había acudido a ningún centro para la información o control de métodos anticonceptivos en los dos últimos años; el 55,76% no tenía ningún hijo; y el 73,03% era la primera vez que se le realizaba una IVE.

El patrón de mujer a la que se realiza una IVE con residencia habitual en Extremadura durante 2006, era la de una mujer de edad media 26,44 años, sin cargas familiares, que vive sin pareja, asalariada, con unos estudios de segundo ciclo, sin abortos anteriores ni hijos, y que no ha recibido ninguna información en centro sanitario sobre uso o control de métodos anticonceptivos.

4.10 ACCIDENTES

4.10.1 ACCIDENTES DE TRÁFICO

En el año 2007 se produjeron en Extremadura 1.794 accidentes de circulación con víctimas, en los que fallecieron 127 personas (la tercera cifra más baja del periodo 2001-2007) y 2.678 resultaron heridas (en 2006 se implantó un nuevo sistema de recogida de información, el cual registra el accidente desde el mismo momento y lugar de ocurrencia, lo que incrementa el registro de los accidentes más leves). Tabla 4.20.

Tabla 4.20 Evolución del número de accidentes de tráfico con víctimas. Extremadura. 2001-2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Accidentes con víctimas ¹	1.543	1.697	1.703	1.642	1.687	1.622	1.794
Víctimas	2.612	2.985	2.904	2.680	2.710	2.495	2.805
Muertos ²	159	165	157	176	118	126	127
Heridos	2.453	2.820	2.747	2.504	2.592	2.369	2.678

¹ Una o varias personas que resultan muertas o heridas y está implicado al menos un vehículo en movimiento.

² Dentro de los 30 días siguientes al accidente.

Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico.

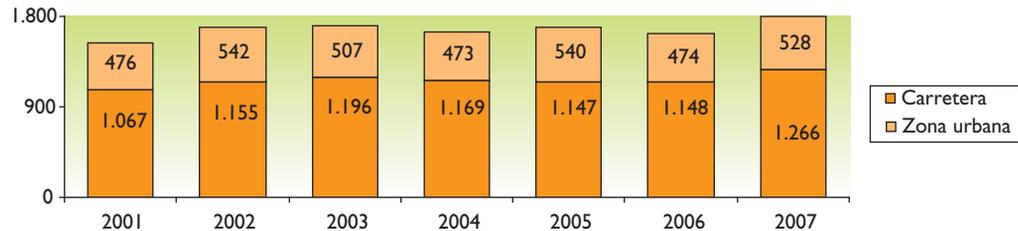
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

En carretera, el número de accidentes de circulación con víctimas en 2007 fue de 1.266, y de 528 en zona urbana, por lo que el incremento con respecto al año anterior se produce a expensas de ambos casos. Figura 4.12.

CAPÍTULO

Figura 4.12

Evolución del número de accidentes de tráfico con víctimas en carretera y zona urbana. Extremadura. 2001-2007

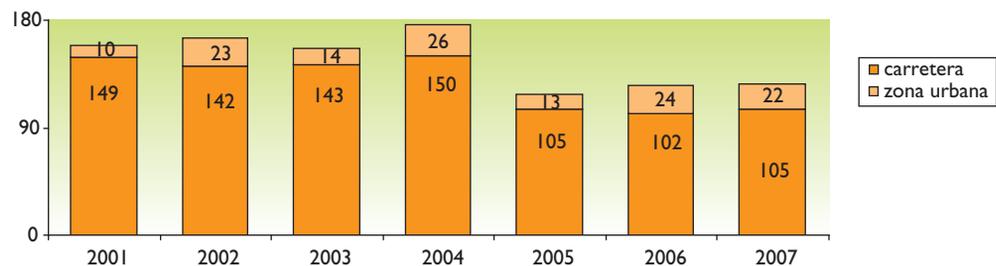


Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La mayor parte de las muertes en accidentes de tráfico en Extremadura se producen en carretera. En 2007 hubo 105 muertos en carretera, un 3% más que el año anterior. Sin embargo el número de muertes en zona urbana fue de 22, un 8% menos que en 2006. Figura 4.13. En 2007, los tiempos (medianas) de asistencia correspondientes a los recursos de emergencias en accidentes de tráfico urbanos fueron de 18 minutos (comprenden desde la alerta del incidente al 112 hasta la actuación del recurso de emergencias en el lugar), mientras en los accidentes interurbanos fueron de 27 minutos.

Figura 4.13

Evolución del número de muertos en accidentes de tráfico (carretera y zona urbana). Extremadura. 2001-2007



Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El parque de vehículos fue de 704.592 en 2007, un 5,3% más que en 2006, lo que representa el 2,32% del total del parque nacional. La tasa de muertos por vehículos es la más baja que se ha producido durante el período de estudio 2001-2007. Tabla 4.21.

Tabla 4.21

Evolución de las tasas de accidentes de tráfico y víctimas. Extremadura. 2001-2007

	2001	2002	2003*	2004*	2005*	2006*	2007*
Accidentes por 10.000 vehículos	28,61	30,40	27,77	27,05	26,46	24,25	25,46
Muertos por 10.000 vehículos	2,95	2,96	2,72	2,90	1,85	1,88	1,80
Muertos por 1.000 accidentes	103,00	97,20	97,90	107,20	69,90	77,68	70,79
Heridos por 1.000 accidentes	1.589,70	1.661,70	1.713,60	1.524,90	1.536,50	1.460,50	1.492,80
Número de vehículos	539.204	558.278	577.307	606.967	637.516	668.897	704.592

*A partir de 2003 no se incluyen en el parque los vehículos en baja temporal.

Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

En Extremadura, y tomando como base el año 2003, se observa durante 2007 un aumento del 5,34% en la cifra de accidentes con víctimas, un descenso del 2,51% en la de heridos, y también un descenso del 19,11% en la de muertos.

Tomando como referencia el número de accidentes de tráfico con víctimas correspondientes al año 2003, se observa un descenso en las cifras de Extremadura y España durante el período 2004-2005, aumentando a continuación hasta llegar a superar, en 2007, el número de accidentes del año 2003. Comparando la evolución de las cifras de siniestralidad vial de Extremadura y España durante el período 2003-2007 (base 2003=100), los accidentes con víctimas presentan en ambos casos líneas con tendencias ascendentes.

El número de heridos ha sido siempre inferior en Extremadura y España durante el período 2004-2007 con respecto al año 2003, con líneas de tendencia descendentes para ambos casos.

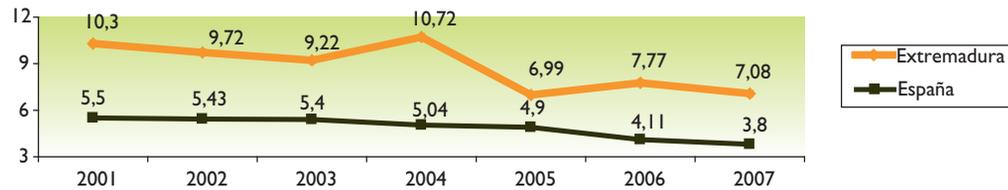
El número de muertos por accidentes de tráfico en Extremadura ha seguido una evolución oscilante, produciéndose un aumento en 2004 con respecto a 2003, seguido de un importante descenso en 2005, para volver a aumentar en 2006 y 2007 con respecto a 2005, aunque siempre por debajo de las cifras del año 2003. En España, el descenso ha sido continuado durante todo el período de estudio. En ambos casos, las líneas de tendencia son claramente descendentes.

El índice de gravedad de los accidentes de circulación con víctimas en Extremadura durante 2007 fue de 7,08 muertos por cada 100 accidentes con víctimas (con un descenso de 0,69 puntos con respecto a 2006), siendo siempre superior a los índices de gravedad del conjunto de España durante el período de estudio. Figura 4.14.

CAPÍTULO

Figura 4.14

Evolución del índice de gravedad (muertos por cada 100 accidentes de tráfico con víctimas). Extremadura y España. 2001-2007



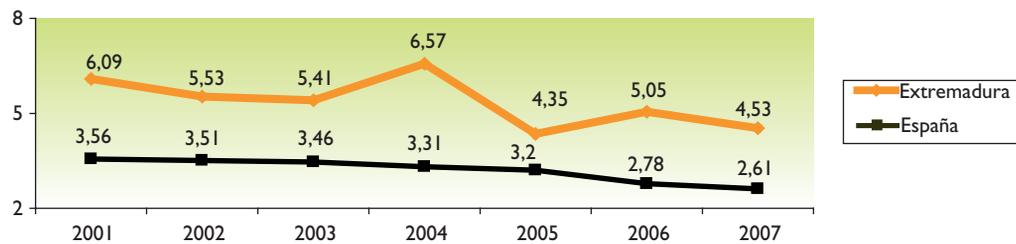
Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El índice de letalidad en Extremadura durante 2007 es de 4,53 muertos por cada 100 víctimas (con una disminución de 0,52 puntos con respecto a 2006). Los índices han sido siempre superiores con respecto a España durante el período 2001-2007. Figura 4.15.

Figura 4.15

Evolución del índice de letalidad (muertos por cada 100 víctimas de accidente de tráfico). Extremadura y España. 2001-2007



Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Especial importancia tiene el estudio de los puntos negros en la mejora de la seguridad. La Dirección General de Tráfico (DGT) tiene la responsabilidad de colaborar con las administraciones titulares de la red de carreteras para la elaboración y estudio de puntos negros, con el fin de detectar las causas de la acumulación de accidentes en determinados puntos o tramos y buscar las posibles soluciones para que no sigan ocurriendo.

La definición de punto negro para la DGT queda recogida en la Instrucción 01/TV-29: "aquel emplazamiento perteneciente a una calzada de una red de carreteras en el que durante un año natural se hayan detectado 3 o más accidentes con víctimas con una separación entre uno y otro de 100 metros".

Con anterioridad al año 2000, se consideraba punto negro aquel emplazamiento perteneciente a una red de carreteras en el que durante un año natural se producían

tres o más accidentes en un entorno de 200 metros, tanto si se trataba de accidentes con víctimas como si eran accidentes de daños materiales.

El número de puntos negros en Extremadura ha sufrido un importante descenso durante los años 2005 y 2006 con respecto a los años anteriores; esto ha supuesto una disminución del número de accidentes y víctimas, así como de vehículos implicados en los mismos, aunque las cifras correspondientes a 2006 son superiores a las de 2005. Tabla 4.22.

Tabla 4.22 Evolución del número de “puntos negros”. Extremadura. 2002-2006

	2002	2003	2004	2005	2006
Puntos negros identificados	13	14	14	7	7
Número de accidentes		47	45	24	24
Número de vehículos implicados		93	75	52	
Número de muertos		6	7	1	3
Número de heridos		83	84	42	55

Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

4.10.2 ACCIDENTES Y EXPOSICIONES ACCIDENTALES EN EL ÁMBITO LABORAL

a) Siniestralidad laboral

Los datos de siniestralidad laboral incluyen tanto a los accidentes de trabajo como a las enfermedades profesionales. Existen dos fuentes de datos sobre la siniestralidad laboral en Extremadura: el Ministerio de Trabajo e Inmigración, mediante sus Anuarios Estadísticos; y la Dirección General de Trabajo, perteneciente a la Consejería de Igualdad y Empleo de la Junta de Extremadura, a través de sus Datos Anuales de Siniestralidad.

A su vez, los datos de población son los correspondientes al censo de 2001 del INE. Los relativos al número de trabajadores en alta en el Sistema de la Seguridad Social, proceden de los Anuarios Estadísticos del Ministerio de Trabajo e Inmigración.

En relación con los datos de siniestralidad laboral, existen diferencias entre ambas fuentes en las cifras de declaración, debidas al periodo considerado por cada una de ellas para el cierre de los datos:

- La Dirección General de Trabajo de la Junta de Extremadura publica los datos referidos al momento y mes en el que se realiza la notificación, aunque hayan tenido lugar en otro mes diferente, y por tanto pueda corresponder a otro año natural.

CAPÍTULO

- El Ministerio de Trabajo e Inmigración, sin embargo, incorpora a las estadísticas de cada año los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales tomando como periodo de referencia el de la fecha de la baja médica, y su distribución territorial según la provincia en que ha ocurrido el accidente, independientemente de la fecha de notificación.

En el ámbito de la siniestralidad laboral, resulta importante destacar tres hechos acaecidos durante el año 2004:

- Por primera vez a partir de 2004, se incluyen dentro de las cifras de siniestralidad laboral los daños a la salud que sufren los trabajadores por cuenta propia o autónomos, al entrar en vigor la Ley 53/2003, desarrollada en el Real Decreto 1273/2003, de 10 de octubre, por el que se regula la cobertura de las contingencias profesionales de los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos.
- El inicio del año 2004 representa los primeros pasos de la aplicación informática Delt@ como única fuente de notificación del Accidente de Trabajo, a pesar de sus problemas iniciales.
- Y también a partir de 2004, los datos estadísticos facilitados por el Ministerio de Trabajo e Inmigración no incluyen los accidentes sin baja (Tabla 4.23). Se debe considerar que, en los datos presentados por la Dirección General de Trabajo de la Consejería de Igualdad y Empleo, relativos a la siniestralidad laboral, los accidentes “*in itinere*” están considerados de forma independiente, incluso en el caso de los accidentes mortales.

A destacar también que, en 2007, entró en vigor el nuevo sistema de notificación de la enfermedad profesional, CEPROSS, creado por la Orden TAS de 2 de enero de 2007.

Teniendo en cuenta estos hechos, en la Tabla 4.23 se ofrece un análisis comparativo del número total de accidentes de trabajo con baja durante los últimos años entre España y Extremadura. En ella se observa una estabilidad de los datos en valores absolutos en la Comunidad Autónoma, con una ligera tendencia al aumento de la siniestralidad laboral aunque con oscilaciones durante el periodo estudiado.

Tabla 4.23

Análisis comparativo del número total de accidentes de trabajo con baja. España, Extremadura y sus provincias. 2000-2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Cáceres	5.463	5.386	6.191	5.586	5.450	5.759	5.835
Badajoz	10.260	9.852	10.565	10.248	10.509	10.178	10.551
Extremadura	15.723	15.238	16.756	15.834	15.959	15.937	16.386
España	1.005.289	1.024.936	1.016.670	954.847	955.744	981.795	1.003.440

Fuente: Ministerio de Trabajo e Inmigración. Anuarios Estadísticos.

Elaboración: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad.

Si valoramos la incidencia de los accidentes de trabajo por 100.000 trabajadores en alta en el sistema de la Seguridad Social, comparando la situación de Extremadura con el resto de España (Tabla 4.24), también se aprecia la estabilidad de los datos de incidencia de la siniestralidad laboral en la Comunidad Autónoma, a diferencia de lo que sucede en España, que tiende a descender. A pesar de ello, las cifras de incidencia han sido siempre muy inferiores en Extremadura respecto a la media nacional durante el periodo estudiado.

Tabla 4.24 Índice de incidencia por cien mil trabajadores en alta de accidentes con baja en jornada de trabajo. España, Extremadura y sus provincias. 1998-2006

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Cáceres	4.362,40	4.602,30	4.653,80	4.518,90	5.012,40	4.553,60	4.376,70
Badajoz	5.410,40	5.985,70	5.891,70	5.522,40	5.833,20	5.492,20	5.421,40
Extremadura	4.982,90	5.425,00	5.394,10	5.121,00	5.505,80	5.121,30	5.013,50
España	6.834,30	7.437,40	7.558,40	7.349,90	7.057,20	6.386,70	6.136,40

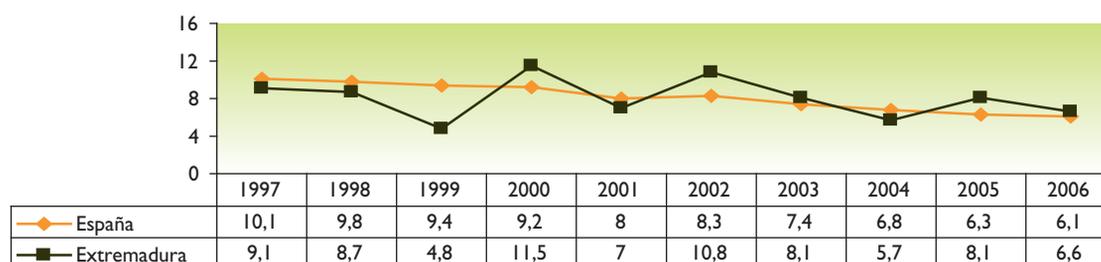
Fuente: Ministerio de Trabajo e Inmigración. Anuarios Estadísticos.

Elaboración: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad.

En relación con los accidentes de trabajo mortales, sus cifras presentan una gran variabilidad en los distintos años de seguimiento. En algunas fuentes, como los datos procedentes de la Consejería de Igualdad y Empleo, debemos tener en cuenta que no se contabilizan las muertes ocurridas en los accidentes “in itinere” como antes hemos comentado por considerarse, en algunos ámbitos, que su prevención es ajena a la propia empresa.

Si valoramos la incidencia de los accidentes de trabajo mortales por 100.000 trabajadores en alta en el sistema de la Seguridad Social, comparando la situación de Extremadura con el resto de España, se aprecia un importante descenso de las cifras durante el periodo estudiado (Figura 4.16).

Figura 4.16 Índice de incidencia de accidentes mortales en jornada de trabajo por cien mil trabajadores. España y Extremadura. 1997-2006



Fuente: Ministerio de Trabajo e Inmigración. Anuarios Estadísticos.

Elaboración: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad.

CAPÍTULO

Entre los supuestos recogidos por la definición legal de accidente de trabajo, recogida en el artículo 115 de la Ley General de la Seguridad Social, Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, serán considerados “accidentes de trabajo” (AT) aquellas enfermedades que, no estando incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales del sistema de la Seguridad Social, las contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo. También se considerarán como tales, salvo prueba en contra, las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y lugar de trabajo. Este último supuesto está favoreciendo la inclusión como accidentes de trabajo de otro tipo de lesiones.

En Extremadura es muy significativo que, en el epígrafe de “accidentes de trabajo de causa no traumática”, se encuadran también los de causa cardiovascular. En la Tabla 4.25 se observa que los AT mortales de causa cardiovascular representan no menos del 90% (cuando no la totalidad) de los accidentes mortales de causa no traumática, y una proporción importante del total de accidentes de trabajo mortales durante los años estudiados.

Tabla 4.25

Comparación del nº de AT mortales de causa cardiovascular con relación al total de AT mortales de causa no traumática (que incluyen a los anteriores) y al total de AT mortales. Extremadura. 1999-2007

Año	Nº total de AT mortales*	Nº AT mortales causa no traumática	Nº AT mortales de causa cardiovascular	% que representan los AT mortales de causa cardiovascular	
				Respecto al total de AT mortales	Respecto AT mortales no traumáticos
1999	14	5	5	35,71%	100,00%
2000	29	10	10	34,48%	100,00%
2001	20	11	11	55,00%	100,00%
2002	30	10	9	30,00%	90,00%
2003	24	4	4	16,67%	100,00%
2004	13	5	5	38,46%	100,00%
2005	39	7	5	12,82%	71,43%
2006	22	7	7	31,82%	100,00%
2007	13	3	2	23,08%	66,67%

* Se excluyen los AT mortales “in itinere”.

Fuente: Consejería de Igualdad y Empleo. Dirección General de Trabajo.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Al no estar la prevención de los AT mortales de causa cardiovascular asociada a las condiciones de seguridad en las empresas, y pudiendo estar condicionado por múltiples factores, unos intrínsecos al trabajo (carga mental y física, etc.) y otros extralaborales y/o relacionados con programas sanitarios, es importante que los mismos sean estudiados

de forma individualizada para poder establecer medidas preventivas eficaces y coordinadas entre las empresas y el SSPE.

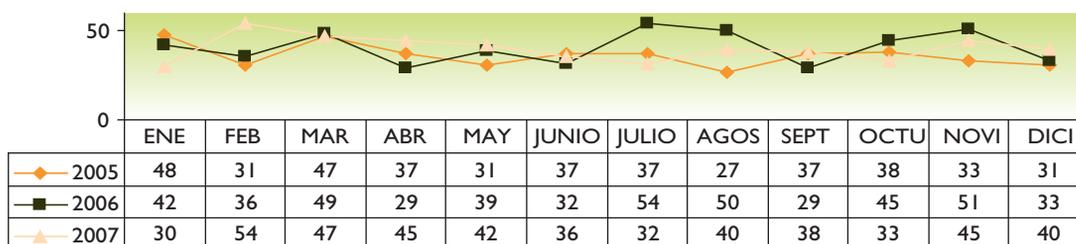
b) Exposiciones accidentales con riesgo biológico de origen laboral

En Extremadura se dispone desde el año 2004 de otra fuente de datos relacionada con la siniestralidad laboral: el Sistema de Notificación vía electrónica de Exposiciones Accidentales con Riesgo Biológico de origen laboral, conocido como ARBio®. Creado mediante la publicación de la Orden de 12 de febrero de 2004.

Este sistema pretende servir de ayuda a los servicios de prevención en el control y seguimiento de los trabajadores que, estando expuestos a agentes biológicos en su puesto de trabajo, sufren una exposición accidental y ello obligue a realizar un seguimiento analítico. También, y no menos importante, es una herramienta de gestión de la información que los servicios de prevención deben facilitar al empresario para su declaración a la autoridad laboral en el Sistema de notificación Delt@ de accidentes de trabajo.

El año 2005, fue el primer año del que se dispone la evolución de la notificación en el sistema a lo largo de un año completo. El número de exposiciones accidentales notificadas en Extremadura, comparativamente por meses, se describe en la Figura 4.17. En ella se tienen en cuenta tanto las notificaciones realizadas en el Sistema ARBio como las realizadas sólo en el sistema Delt@.

Figura 4.17 Comparación de las notificaciones mensuales en ARBio. Extremadura. 2005-2007



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Sistema de Notificación de Exposiciones Accidentales con Riesgo Biológico de Extremadura.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

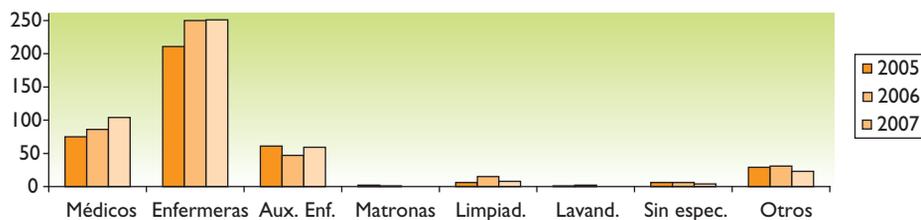
Se aprecia un aumento del 12% en el número de notificaciones entre 2005 (434) y 2006 (489). En 2007 se ha mantenido este nivel de notificación, con 482 casos; sin embargo, estas notificaciones no tienen un patrón constante en cuanto a los periodos de mayor número de casos.

CAPÍTULO

Entre los años 2005 y 2007 se ha mantenido la tendencia a una mayor siniestralidad en el colectivo de enfermería en relación con otros grupos de trabajadores expuestos, tanto para el pinchazo con material de origen humano como para la exposición accidental por contaminación cutáneo-mucosa (Figuras 4.18 y 4.19).

Figura 4.18

Comparación del nº de notificaciones en ARBio por pinchazos con material de origen humano según las profesiones de los trabajadores afectados. Extremadura. 2005-2007

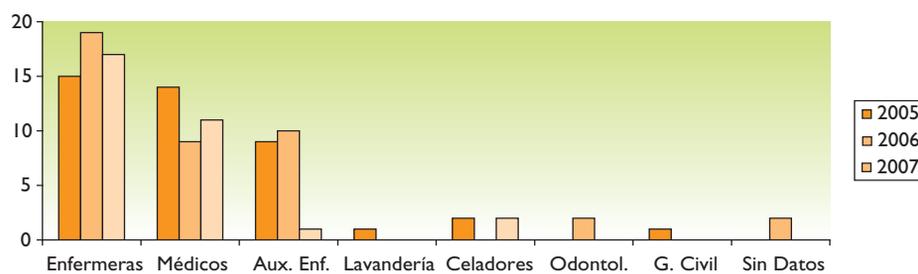


Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Sistema de Notificación de Exposiciones Accidentales con Riesgo Biológico de Extremadura.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

En la Figura 4.19 se observa que la notificación en ARBio por contaminación cutáneo-mucosa con material de origen humano aún es muy inferior a la del pinchazo.

Figura 4.19

Comparación del nº de notificaciones en ARBio por contaminación cutáneo-mucosa con material de origen humano según las profesiones de los trabajadores afectados. Extremadura. 2005-2007



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Sistema de Notificación de Exposiciones Accidentales con Riesgo Biológico de Extremadura.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

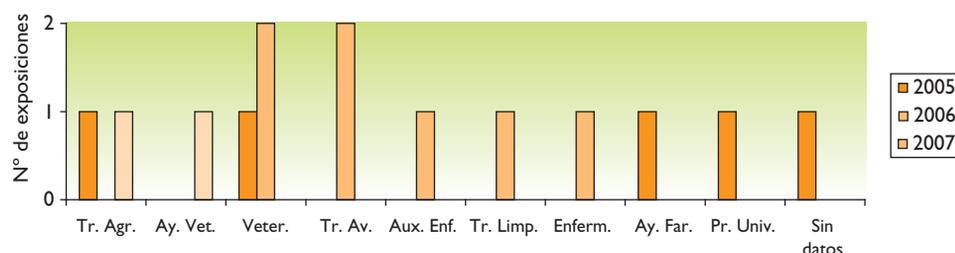
ARBio presenta una peculiaridad que no se recoge en otros registros o sistemas de notificación: la recogida de datos correspondientes a exposiciones accidentales con fluidos de origen animal. Aunque en la actualidad estas exposiciones no representan una cifra importante, su registro está sirviendo para sensibilizar, tanto a los trabajadores como a los sanitarios que los atienden, de la trascendencia que la notificación

tiene para poder establecer relaciones causales con zoonosis que pueden sufrir y que, de otra manera, pasarían desapercibidas y serían imposibles de prevenir.

Aún así, la mayoría de las declaradas son de trabajadores de la Administración autonómica, por la sensibilización de sus servicios de prevención (Figura 4.20).

CAPÍTULO

Figura 4.20 N° de exposiciones con material de origen animal según la profesión. Extremadura. 2005-2007



Tr. Agr. (trabajo agropecuario). Ay. Vet. (ayudante de veterinaria). Veter. (veterinario). Tr. Av. (trabajo avícola). Aux. Enf. (auxiliar de enfermería). Tr. Limp. (trabajo de limpieza). Enferm. (enfermería). Ay. Far. (ayudante de farmacia). Pr. Univ. (profesor universitario).

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Sistema de Notificación de Exposiciones Accidentales con Riesgo Biológico de Extremadura.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

4.10.3 ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y DE OCIO

Los accidentes domésticos y de ocio son aquellos que ocurren en el hogar o en su entorno inmediato, así como durante la realización de actividades de tiempo libre, deportivas, escolares o domésticas, que hayan tenido como consecuencia el requerimiento de cuidados médicos o sanitarios. Por tanto, quedan excluidos los accidentes producidos por motivos laborales o de tráfico; prácticas deportivas organizadas; elementos naturales; ferroviarios, marítimos o aéreos; además de los vinculados con enfermedades, autolesiones o violencia.

Aunque en su mayoría son evitables, constituyen un problema muy relevante de salud pública, y una causa importante de mortalidad y de costes humanos y económicos.

Las lesiones relacionadas con las actividades domésticas y de ocio estaban poco estudiadas en cuanto al número, al lugar, al tiempo, a las secuelas, etc. Ante esta situación la Comisión Europea aprobó en 1981, un sistema para analizar estos accidentes conocido como EHLASS (Decisión 81/623/CEE del Consejo, de 23 de julio de 1981).

El objetivo central de la Comisión Europea era contribuir a reducir la incidencia de las lesiones, especialmente las provocadas por accidentes domésticos y actividades de tiempo libre y ocio.

CAPÍTULO

El estudio de los accidentes domésticos y de ocio en la CAE no resulta fácil, ya que no se disponen de datos y/o registros, estando sólo disponibles los procedentes del estudio realizado por el Instituto Nacional de Consumo (INC) en su programa DADO (2007) entre poblaciones de más de 2.000 habitantes. En él no se especifican las encuestas realizadas correspondientes a Extremadura, así como las localidades en que se llevaron a cabo.

Durante el año 2007, se contactó con 64.394 hogares, que se correspondían con 186.742 individuos. En Extremadura, el total de hogares consultados fue de 1.409 que se correspondían con 4.086 individuos entrevistados. El trabajo de campo se realizó en dos oleadas: en la primera se consideraron los accidentes domésticos y de ocio ocurridos en el periodo de enero a junio (ambos inclusive) y en la segunda, los accidentes que se produjeron en los meses de julio a diciembre (ambos inclusive).

El resumen de los principales resultados obtenidos a escala nacional es el siguiente:

- De cada 100 individuos/año, aproximadamente 4 sufrieron alguna lesión. A partir de este indicador, se ha estimado que en 2007 se produjeron un total de 1.754.335 accidentes domésticos y de ocio. Asimismo, la incidencia de siniestros para el conjunto de los hogares fue del 11,6% de los domicilios; extrapolarlo los datos a Extremadura, se estima que pudieron producirse 43.600 accidentes domésticos.
- El grupo poblacional de mayor riesgo era el de 25-44 años. Tabla 4.26.

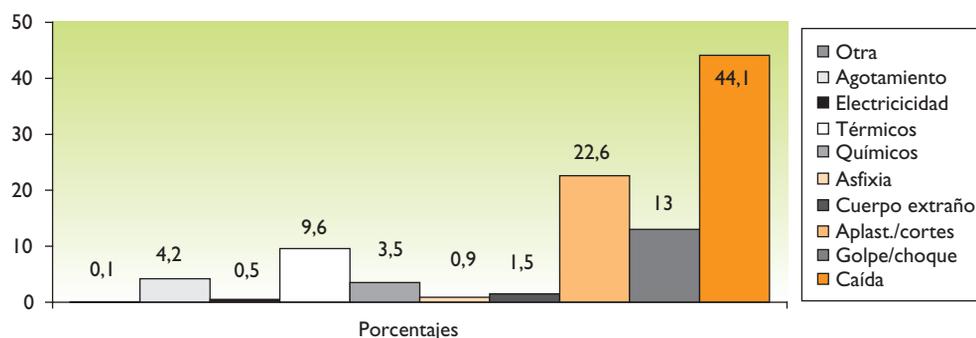
Tabla 4.26 Distribución del número de accidentes domésticos y de ocio según tramos de edad. España. 2007

Base: 7.004 (100%)	% total de accidentes	Estimación individuos afectados	Población por intervalos	% población	% incidencia
De 1 año	0,16%	14.970	424.058	0,94%	0,03%
De 1 a 4 años	3,68%	55.905	1.813.464	4,01%	0,12%
De 5 a 14 años	10,52%	159.527	4.243.305	9,39%	0,35%
De 15 a 24 años	15,92%	268.179	5.185.722	11,47%	0,64%
De 25 a 44 años	38,34%	680.916	15.172.137	33,57%	1,51%
De 45 a 64 años	20,03%	345.487	10.830.220	23,96%	0,76%
65 y más años	11,05%	209.351	7.531.826	16,66%	0,46%
Total	100%	1.754.335	42.200.737	100%	3,88%

Fuente: INC. Programa de prevención de lesiones: red de detección de accidentes domésticos y de ocio.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

- El 2,2% de los siniestrados han tenido que ser hospitalizados. A partir de los datos obtenidos para el año 2007, la media de estancia en un hospital por este tipo de sucesos ha sido de 14 días.
- En cuanto al tipo de accidente doméstico y de ocio según el índice de hospitalización (hospitalizados/padecen la lesión), se destacan por encima del resto las amputaciones y conmociones cerebrales, ya que un 42,9% y un 20% respectivamente, finalizan en ingreso hospitalario. A continuación, le siguen las fracturas, con un 11,5%.
- Los accidentes domésticos y de ocio más frecuentes son los causados por: caídas (44,1%, en las que el porcentaje de mayores de 65 años es muy superior a la media), aplastamientos, cortes y perforaciones (22,6%), por golpes, choques con otro objeto, persona o animal (13%), por efecto térmico (9,6%) y por agotamiento (4,2%). Figura 4.21.

Figura 4.21 Mecanismos del accidente doméstico y de ocio. En porcentaje sobre el total. España. 2007

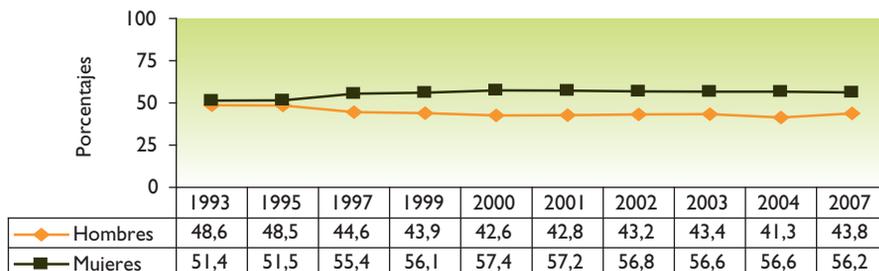


Fuente: INC. Programa de prevención de lesiones: red de detección de accidentes domésticos y de ocio.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

- El interior del hogar continúa siendo el lugar donde más se producen los accidentes domésticos y de ocio, aglutinando casi al 58,1% de estos percances. Le siguen el área de transporte y la deportiva con un 15,2% y un 9,7%, respectivamente.
- El 36,1% de los lesionados por accidentes domésticos y de ocio durante 2007, han indicado que el siniestro les ha dejado algún tipo de secuelas. Las más habituales, con un 52,3%, son las cicatrices.
- Las mujeres, como se puede observar en la Figura 4.22, se ven más afectadas por este tipo de lesiones (56,2%) que los hombres (43,8%).

CAPÍTULO

Figura 4.22 Distribución de los accidentes domésticos y de ocio según sexo. Porcentajes. España. 1993-2007



Fuente: INC. Programa de prevención de lesiones: red de detección de accidentes domésticos y de ocio.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

4.11 MALTRATOS Y VIOLENCIAS

4.11.1 MALTRATO INFANTIL

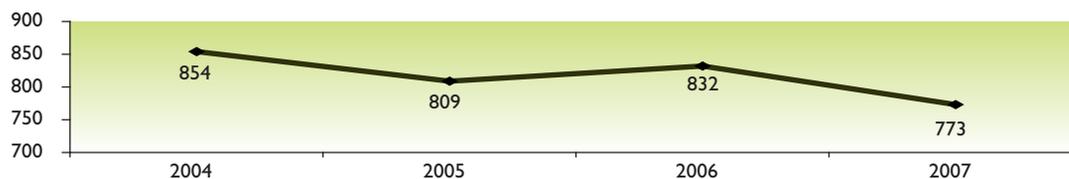
El maltrato infantil implica una desprotección, que se produce cuando un niño se encuentra en una situación en la que no se satisfacen sus necesidades más fundamentales y se vulneran sus derechos básicos.

Aunque los distintos estudios realizados difieren en cuanto a cifras, sí es posible efectuar una aproximación a la prevalencia de cada una de las diferentes tipologías de maltrato infantil. El porcentaje mayor corresponde a negligencia, seguido del maltrato emocional, maltrato físico y explotación laboral. No obstante, conviene recordar que con frecuencia los niños maltratados son víctimas de varios tipos de malos tratos al mismo tiempo.

El maltrato infantil se da por igual en el ámbito rural y en el urbano, y en todas las clases sociales. Aunque en las familias más desfavorecidas existe un mayor número de estresores sociales que pueden afectar directamente a las relaciones padres-hijos, las familias con recursos económicos y sociales más elevados también pueden maltratar.

Durante el año 2007, se registraron 773 casos de maltrato infantil en Extremadura, aunque en muchos de ellos no se ha adoptado ninguna medida protectora, bien por no haberse confirmado la situación de maltrato o bien porque el caso está en situación de investigación. La evolución de los casos registrados de maltrato infantil en Extremadura queda reflejada en la Figura 4.23.

A través del Teléfono del Menor (900 500 331) se recogen las denuncias asociadas al maltrato familiar (ya que también lo sufre la mujer).

Figura 4.23 Evolución de número de casos de maltrato infantil. Extremadura. 2004-2007


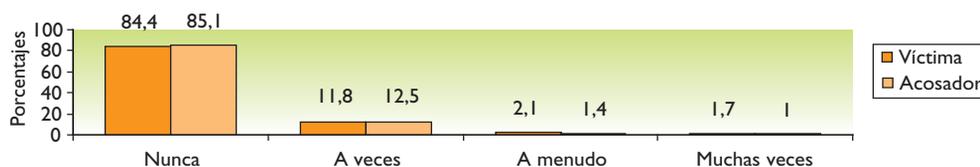
Fuente: Consejería de Igualdad y Empleo. Dirección General de Infancia y Familia.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

4.11.2 VIOLENCIA ESCOLAR O BULLYING

El bullying se refiere a todas las formas de actitudes agresivas, intencionadas y repetidas, que ocurren sin motivación evidente, adoptadas por uno o más estudiantes contra otro u otros. El que ejerce el bullying lo hace para imponer su poder sobre el otro, a través de constantes amenazas, insultos, agresiones, vejaciones, etc., y así tenerlo bajo su completo dominio a lo largo de meses e incluso años. La víctima sufre callada en la mayoría de los casos. El maltrato intimidatorio le hará sentir dolor, angustia, miedo, a tal punto que, en algunos casos, puede llevarle a consecuencias devastadoras como el suicidio.

Según el Informe Cisneros X “Violencia y Acoso Escolar en España”, de septiembre de 2007, en Extremadura la tasa de acoso y violencia escolar se situaba en el 20% durante 2006, por debajo de la media del resto de Comunidades Autónomas (CCAA) situada en el 23,30%. Respecto a la antigüedad del acoso (% de niños acosados que lo señalan desde siempre o desde hace meses), Extremadura se sitúa en la posición más baja de todas las CCAA, con un 48,82%.

En el Estudio sobre Convivencia Escolar llevado a cabo por el Observatorio Estatal de Convivencia Escolar (creado por el Ministerio de Educación), y en el que están representadas todas las CCAA, la víctima de acoso es alguien al que uno o varios de sus compañeros insultan o ridiculizan, ignoran intencionadamente, excluyéndole del grupo, amenazan, empujan o pegan, dicen mentiras y rumores para que caiga mal o se burlan haciéndole daño. Según esta definición, sólo el 1,7% de los alumnos ha sido acosado “muchas veces” durante los últimos dos meses.

Figura 4.24 Porcentajes de escolares considerados como víctimas o acosadores durante los dos meses previos al Estudio. España. 2007


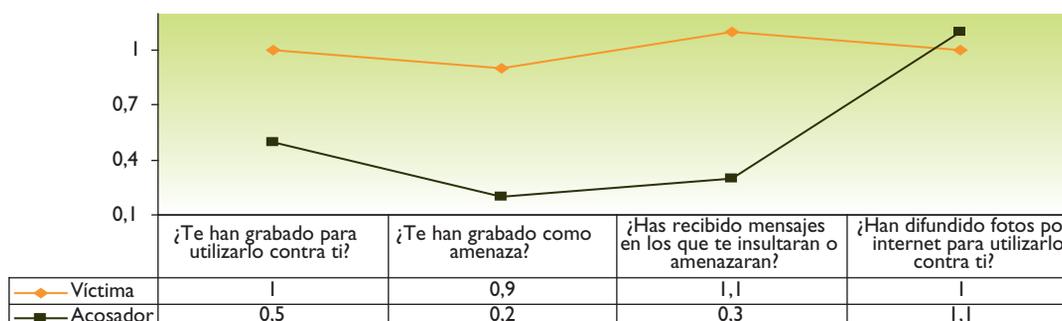
Fuente: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Estudio del Observatorio Estatal de Convivencia Escolar.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

Ciberbullying

El estudio, cuyos resultados detallados se han presentado a finales de 2008, también pone el acento sobre fenómenos emergentes como los derivados de una incorrecta exposición a las nuevas tecnologías. Entre el 1,1% y el 2,1% del alumnado dice haber sido ‘a menudo’ o ‘muchas veces’ víctima de grabaciones u otras formas de acoso con nuevas tecnologías, el conocido como ciberbullying. Figura 4.25.

Figura 4.25 Ciberbullying. Porcentajes. España. 2008



Fuente: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Estudio del Observatorio Estatal de Convivencia Escolar.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

4.11.3 VIOLENCIA DE GÉNERO

Los datos relativos sobre víctimas de malos tratos de periodos anteriores a 2002 no son comparables pues responden a criterios distintos, incluyéndose otros tipos de infracciones penales que, cometiéndose en el ámbito de las relaciones de pareja consideradas, quedaban fuera de la cuantificación estadística, ampliándose a partir de enero de 2002 el número de relaciones consideradas entre víctima y agresor para dar cabida a aquellos casos en los que la agresión se producía cuando se había roto la convivencia. Las relaciones consideradas entre víctima y agresor son: cónyuge o análogo (cónyuge, excónyuge separado o divorciado, novio, exnovio, compañero sentimental, excompañero sentimental) y familia (padre/madre, hijo/a, otros parientes).

Desde enero de 2004 se incorporan nuevos tipos delictivos, a partir de las modificaciones legales aprobadas durante el año 2003, añadiéndose los delitos de mutilación genital y sustracción de menores, además de tipificarse “malos tratos habituales en el ámbito familiar” en lugar de “malos tratos”. Se amplía el delito “coacción a la prostitución”, por “coacción-lucro sobre la prostitución”. Además, muchas de las faltas pasan a tipificarse como delito.

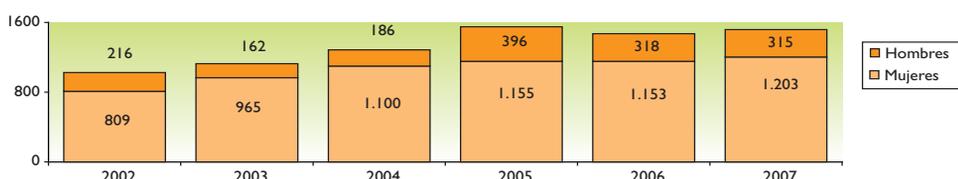
Todo esto ha supuesto un aumento del número de víctimas y complicará la comparativa entre años. Las infracciones penales consideradas son:

- Delitos contra las personas: homicidio doloso, asesinato, inducción/cooperación al suicidio, lesiones, malos tratos en el ámbito familiar, mutilación genital.
- Delitos contra la libertad: detención ilegal, secuestro, amenazas, coacciones, trato degradante, malos tratos habituales en el ámbito familiar, allanamiento de morada.
- Delitos contra la libertad e indemnidad sexual: agresión sexual, agresión sexual con penetración, abuso sexual, abuso sexual con penetración, corrupción de menores/incapacitados, coacción/lucro sobre la prostitución.
- Delitos relaciones familiares: sustracción de menores.
- Otros delitos: calumnias, injurias.
- Faltas contra las personas: lesiones, malos tratos en el ámbito familiar, malos tratos de obra sin lesión, apoderamiento de un menor.
- Faltas contra la libertad: amenazas, coacciones, allanamiento de morada.
- Resto de faltas: injuria.

Las denuncias por malos tratos producidos por la pareja o expareja en Extremadura han aumentado desde 2002 a 2007, tanto en mujeres (de 809 a 1203) como en hombres (de 216 a 315). Figura 4.26.

Figura 4.26

Evolución de las denuncias por malos tratos producidos por pareja o expareja. Datos absolutos (delitos + faltas). Extremadura. 2002-2007



Fuente: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La tasa en Extremadura de denuncias por malos tratos de pareja o expareja por millón de mujeres ha sido siempre inferior a la de España. Tabla 4.27.

Tabla 4.27

Evolución de las denuncias por malos tratos producidos por pareja o expareja. Mujeres. Tasa por millón de mujeres (delitos + faltas). Extremadura. 2002-2007

	2002	2003	2003	2005	2006	2007
España	2.260	2.608	2.985	3.107	3.245	3.348
Extremadura	1.500	1.787	2.035	2.121	2.112	2.194

Fuente: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

El número de mujeres muertas por violencia de género a manos de su pareja o expareja en Extremadura y en España durante el periodo 2002-2007 se encuentra representado en la Tabla 4.28.

Tabla 4.28

Evolución del número de defunciones en mujeres por violencia de género. Extremadura y España. 2002-2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Extremadura	1	1	2	0	1	0
España	54	71	72	58	68	71

Fuente: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Según datos de la macroencuesta “Violencia contra las Mujeres” del Instituto de la Mujer, el porcentaje de mujeres consideradas técnicamente como “maltratadas” en el año 2006 en Extremadura fue del 9,6%.

La tutela judicial prevista en la Ley Integral entró en vigor el 29 de junio de 2005. Desde esa fecha y hasta el 31 de agosto de 2007, la cifra total de solicitudes de órdenes de protección por violencia de género ha sido de 110.936, con 90.242 resoluciones positivas y 20.694 negativas.

A 31 de agosto de 2007, la cifra de asuntos con medidas cautelares activas era de 33.841, de los que en 27.943 casos se habían dictado medidas incluidas en órdenes de protección y en 5.898 se habían adoptado medidas cautelares no incluidas en órdenes de protección. Llama la atención que 684 víctimas eran menores de 18 años. De las 33.841 víctimas afectadas por las medidas en España, 515 eran de Extremadura (299 en Badajoz y 216 en Cáceres).

En diciembre de 2006 se puso en marcha el teléfono 016 (900 116 016), para personas con discapacidad auditiva dentro de un Catálogo de Medidas Urgentes aprobadas por el Consejo de Ministros del 15 de Diciembre de 2006, y que se enmarcan dentro del conjunto de actuaciones del Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género, aprobado en la misma fecha.

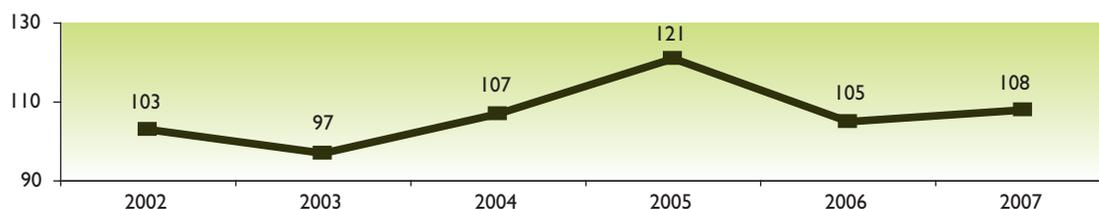
El teléfono 016 comenzó a funcionar el 3 de septiembre de 2007 y, al finalizar el año, se habían atendido 82.481 llamadas (687 llamadas diarias), de las que sobre violencia de género fueron 15.715 (19,1% de las llamadas atendidas), y de éstas 304 fueron de Extremadura (199 de Badajoz y 105 de Cáceres).

4.11.4 VIOLENCIA SEXUAL

CAPÍTULO

El número de delitos conocidos de abuso, acoso y agresión sexual durante 2007 ha sido de 108. Figura 4.27.

Figura 4.27 Evolución del número de delitos conocidos de abuso, acoso y agresión sexual. Extremadura. 2002-2007



Fuente: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Los datos relativos al informe criminológico anual sobre los delitos contra la libertad sexual en el ámbito competencial de la Guardia Civil, indican que los números relativos a la prostitución en la demarcación de la Guardia Civil durante 2006 fueron: 44 clubes con 978 víctimas, de las que el 99,88% eran víctimas extranjeras.

Según datos del Instituto de la Mujer, del Ministerio de Trabajo y Asunto Sociales, de la memoria de actuaciones contra la violencia doméstica realizadas por la Administración General del Estado y las CCAA, durante 2007 existían 2 centros de atención y acogida a mujeres maltratadas en Extremadura, con 186 usuarias en el año, y dos pisos tutelados por los que han pasado 7 usuarias. En lo referente a centros asesores y/o de información eran 117, con un número total de usuarias por malos tratos de 7.791, y un número total de usuarias de 22.957.

Los datos referidos al ámbito judicial, según el Punto de Coordinación de Seguimiento de las Órdenes de Protección de la CAE (Instituto de la Mujer de Extremadura), indican que en 2007 llegaron a estas oficinas un total de 593 órdenes de protección, correspondiendo 227 a los distintos juzgados de Cáceres y 366 a los de Badajoz.

4.11.5 MALTRATO A PERSONAS MAYORES Y DEPENDIENTES

Uno de los principales factores a considerar, dado el notable aumento de la esperanza de vida que caracteriza la evolución demográfica a nivel tanto de España como del resto de países europeos, es el envejecimiento poblacional. Envejecimiento que unido

CAPÍTULO

a otros elementos, como la progresiva incorporación de la mujer al mundo laboral o los nuevos modelos familiares y la consiguiente modificación en las relaciones en el seno de las mismas, ha favorecido el crecimiento del interés por una etapa vital que no siempre lleva consigo la calidad que sería deseable.

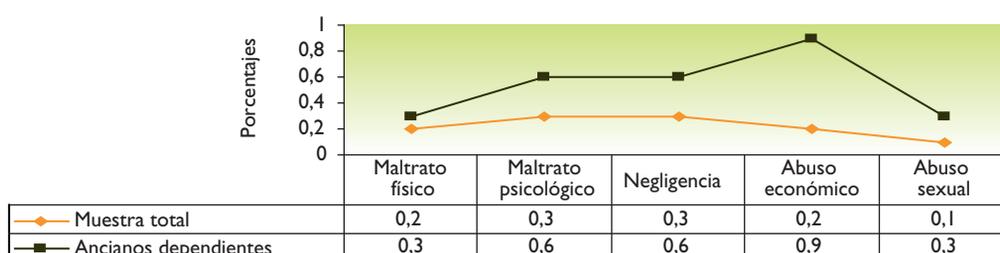
Según el estudio “Maltrato de Personas Mayores en la Familia en España” realizado por el Centro Reina Sofía, el porcentaje de mayores de 65 años en Extremadura durante el año 2007 es del 18,99%, y un 5,18% son mayores de 80 años (lo que representaba en ese año una cifra de 56.462 personas).

Se calcula que hay 60.000 mayores afectados por el maltrato en el hogar, siendo una cifra preocupante aunque inferior a la esperada, ya que los ancianos no suelen reconocer abiertamente el maltrato (por miedo, por vergüenza o por el estigma social que recae sobre la familia maltratadora), o padecen un síndrome de indefensión, lo que provoca que piensen que cualquier cosa que hagan empeorará la situación.

El estudio revela que el 57,9% de los maltratados tienen más de 74 años, y el grado de prevalencia de la agresión aumenta del 0,65% entre las personas desde los 65 a los 74 años, hasta el 1,1% en el caso de ancianos mayores de 75 años.

Como se observa en la Figura 4.28, los ancianos dependientes presentan mayores tasas de todos los tipos de maltrato.

Figura 4.28 Prevalencia de los distintos tipos de maltrato. España. 2006



Fuente: Estudio Maltrato de personas mayores en la familia en España. Centro Reina Sofía.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La diferencia se hace especialmente evidente en el caso del abuso económico, que es más del cuádruple entre los ancianos que necesitan ayuda (0,9%) que en la muestra en general (0,2%); pero también lo es a nivel del abuso sexual (el triple), y de la negligencia y del maltrato psicológico (el doble en ambos casos).

4.12 ENFERMEDADES PROFESIONALES

CAPÍTULO

Hasta ahora los procedimientos por los que se obtenían datos estadísticos sobre enfermedades profesionales (EEPP) eran los que establecía la Resolución de 6 de marzo de 1973 de la Dirección General de Trabajo, por la que se aprobaba el modelo oficial de “Parte de Enfermedad Profesional” que debía ser cumplimentado por el empresario. En diciembre de 2006 se aprueba el nuevo cuadro de EEPP a través del RD 1299/2006, en cuyo desarrollo y mediante la Orden TAS 1/2007 se establece el contenido del parte de EEPP, así como su comunicación y transmisión en el ámbito de la Seguridad Social, que se realizará únicamente vía electrónica por medio de la aplicación informática CEPROSS. Esta será por tanto la futura fuente de la que se obtendrán los datos estadísticos sobre EEPP.

Al contrario de lo que ocurre con el accidente de trabajo, en el que la inmediatez de las consecuencias y la urgencia de la actuación sanitaria difícilmente hacen dudar de la relación etiológica, en el caso de la EEPP, cuya aparición no suele ser de carácter agudo y cuya atención sanitaria puede dilatarse en el tiempo y orientarse hacia los servicios de la Sanidad Pública, se favorece la desvinculación del proceso con el agente laboral causal.

Los datos correspondientes a los años 1997 a 2006, reflejados en la Tabla 4.29, ponen de manifiesto un aumento progresivo en el número de enfermedades, sobre todo a expensas de aquellas en las que los síntomas se inician con menor tiempo de exposición (dermatosis, fatiga de vainas tendinosas, asma profesional, etc.). No obstante observamos en 2006, últimos datos recogidos con el antiguo sistema de notificación de EEPP, un descenso importante en el número de casos declarados (habrá que confirmar en los próximos años si se corresponde con el inicio de una tendencia descendente).

Tabla 4.29 Comparativa del total de EEPP en Extremadura, en relación con España. 1997-2006

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Cáceres	15	19	38	36	71	85	117	114	116	94
Badajoz	35	39	41	72	106	180	157	153	175	101
Extremadura	50	58	79	108	177	265	274	267	291	195
España	9.640	12.125	16.188	19.622	22.844	25.040	26.857	28.728	30.030	21.905

Fuente: Ministerio de Trabajo e Inmigración. Anuarios Estadísticos.

Elaboración: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad.

Al realizar un seguimiento de la tasa de EEPP declaradas en Extremadura en relación con las declaradas en España, se aprecia hasta 2003 una tendencia ascendente, tanto

CAPÍTULO

para España como para Extremadura, siendo en la CAE los incrementos porcentuales interanuales mayores que a escala nacional. A partir de 2004 esta tendencia ascendente es mucho menos acusada, llegando a producirse una disminución significativa durante 2006. Tabla 4.30.

Tabla 4.30

Tasa de EEPP en relación con el número de trabajadores en alta en el Sistema de la Seguridad Social. Extremadura y España. 1998-2006

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Cáceres	15,10	28,81	26,63	51,86	61,42	83,23	80,60	80,93	64,24
Badajoz	21,18	21,05	35,66	51,46	86,04	73,08	69,72	77,39	43,01
Extremadura	18,72	24,17	32,04	51,62	76,24	77,09	73,98	78,76	51,16
España	89,21	112,85	130,27	145,97	155,27	161,66	168,18	168,37	117,79

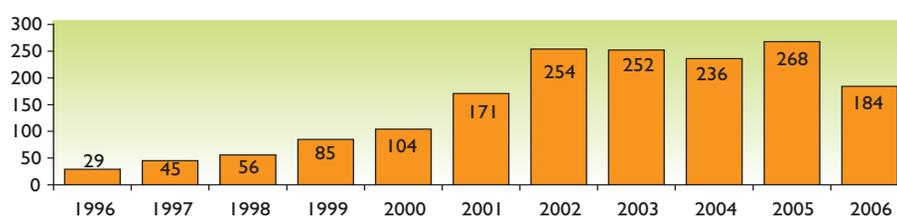
Fuente: Ministerio de Trabajo e Inmigración. Anuarios Estadísticos.

Elaboración: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad.

En cuanto al número total de declaraciones de EEPP, se observa una tendencia ascendente durante los últimos años, lo que puede ser el resultado de las actuaciones que se han venido realizando dentro de los objetivos y líneas de actuación en Salud Laboral de los distintos Planes de Salud de Extremadura, relativos a la sensibilización de los distintos profesionales implicados en la sospecha y diagnóstico de la enfermedad profesional. Figura 4.29.

Figura 4.29

Evolución de la declaración de la EEPP. Valores absolutos. Extremadura. 1996-2006



Fuente: Consejería de Igualdad y Empleo. Dirección General de Trabajo. Datos mensuales de siniestralidad. SIPREVEX.

Elaboración: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad.

A lo largo de estos años se ha esperado la actualización del cuadro de EEPP y la puesta en marcha de un sistema de declaración de las mismas que eliminara las limitaciones del anterior sistema.

La publicación del RD 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de EEPP del sistema de Seguridad Social, y posteriormente la publicación de la Orden

TAS 1/2007, de 2 de enero, por la que se establece el modelo de parte de EEPP, se dictan normas para su elaboración y transmisión, y se crea el correspondiente fichero de datos personales, denominado CEPROSS, han cambiado el panorama de la EEPP.

Consideramos el año 2007 como el primer año en el que está en vigor el nuevo sistema, del que se tenían muchas expectativas; sin embargo, a lo largo de su primer año de rodaje la declaración de la EEPP no solo no ha aumentado, sino que ha sufrido un descenso general, aunque en Extremadura ya se había detectado dicho descenso a lo largo de 2006.

Los motivos pueden ser múltiples, ya sea por la dificultad en los primeros momentos del funcionamiento de la aplicación, por la necesidad de adaptación al nuevo sistema, o bien, porque no se han establecido los cauces de comunicación de las sospechas de EEPP, previstas en el artículo 5 del RD 1299/2006, para que se realice desde atención primaria y desde los servicios de prevención, etc. Tampoco se han desarrollado otros temas previstos en el RD que podrían facilitar la detección de estas enfermedades, como es la elaboración de una guía de síntomas y patologías descrita en la disposición final primera.

Los datos estadísticos de las EEPP se pueden consultar en la página web del Ministerio de Trabajo e Inmigración, o en el Observatorio de las Enfermedades Profesionales de la página web de la Seguridad Social.

Sin embargo, los datos existentes en ambas fuentes no coinciden exactamente por diversos motivos: se refieren a distintos periodos de tiempo, no todos los datos están agrupados por CCAA y en alguna de las series están reseñados en porcentajes, sin indicar valores absolutos. Es de esperar que todas estas dificultades se vayan solucionando con rapidez.

En este ámbito disponemos de los datos de todas las EEPP declaradas en Extremadura a lo largo de 2007 que aparecen en la aplicación CEPROSS.

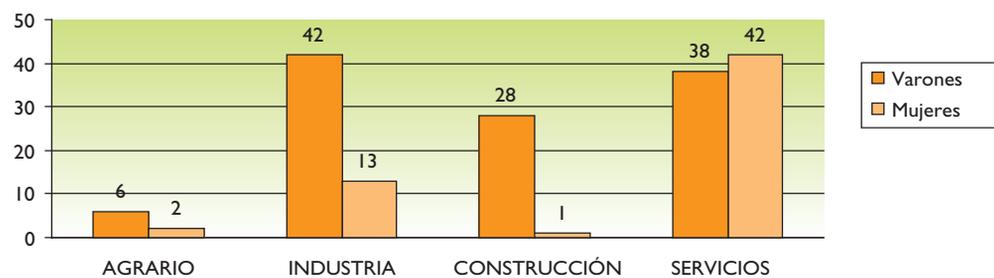
Se han notificado 182 casos de EEPP, 12 más que los casos que se aprecian en los datos del Observatorio de las Enfermedades Profesionales y 16 casos más que los que aparecen en las estadísticas del Ministerio de Trabajo e Inmigración.

La distribución del número de casos por sexos guarda una proporción similar al comparar los datos de Extremadura (63% de varones y 37% de mujeres) y España (61% de varones y 39% de mujeres).

CAPÍTULO

Si tenemos en cuenta los sectores productivos diferenciando por sexos, es importante resaltar que en el sector servicios es mayor la afectación en mujeres. Este dato podría estar relacionado con una mayor presencia de la mujer en este sector. Figura 4.30.

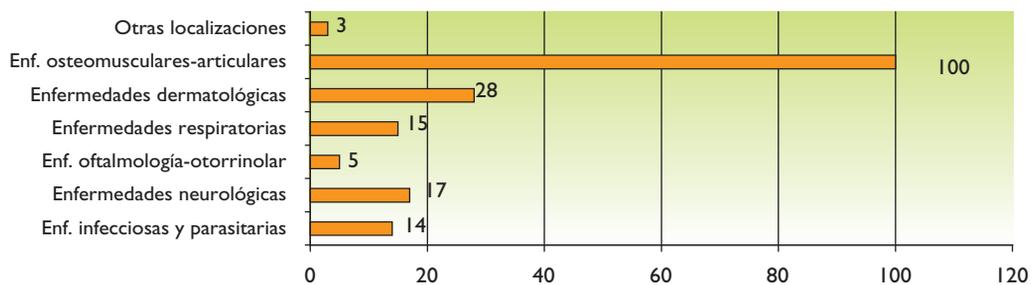
Figura 4.30 Número de casos de EEPP por sector productivo y sexo. Extremadura. 2007



Fuente: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad. Salud Laboral.
Elaboración: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad.

En cuanto a los datos de notificaciones de EEPP por grupos de patologías durante 2007, aparecen recogidos en la Figura 4.31. Se observa un claro predominio de las enfermedades osteo-musculares/articulares.

Figura 4.31 Notificaciones de EEPP por grupos de patologías. Valores absolutos. Extremadura. 2007



Fuente: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad. Salud Laboral.
Elaboración: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad.

Durante los primeros años del periodo 2001-2007, se observa una tendencia general ascendente de las notificaciones de EEPP según su causa, tanto en Extremadura como en España, con predominio de las enfermedades profesionales producidas por agentes físicos. Sin embargo, a partir de 2006 se puede apreciar un claro descenso de las cifras de notificaciones (disponibles únicamente para Extremadura). Tabla 4.31.

Tabla 4.3 I

Evolución de las notificaciones de las EEPP por grupos de patologías según su causa. Extremadura (CAE) y España* (Esp). 2001-2007

CAPÍTULO

	2001		2002		2003		2004		2005	2006	2007**
	CAE	Esp	CAE	Esp	CAE	Esp	CAE	Esp	CAE	CAE	CAE
EEPP producidas por agentes químicos											
Intoxicaciones profesionales	1	480	1	371	0	433	0	445	0	0	2
Asma por sustancias no incluidas otros	2	294	2	258	4	283	5	222	1	1	1
EEPP producidas por inhalación de sustancias y agentes no incluidos anteriormente											
Neumoconiosis	1	0	0	1	0	0	0	3	1	1	3
Silicosis	0	43	0	36	0	47	2	45	2	1	0
Enf. por irritación de vías aéreas superiores	0	130	4	165	1	192	3	165	1	0	8
Otras enf. por inhalación de sustancias	0	1	1	6	0	17	0	11	1	0	3
EEPP de la piel producidas por sustancias y agentes no incluidos anteriormente											
Dermatitis, eczema, urticarias	16	2.084	27	0	20	2.079	19	2.004	18	15	28
Alergia látex	0		0		0				5	3	0
EEPP infecciosas y parasitarias											
Carbunco	0	2	1	2	0	2	0	0	0	0	0
Leptospirosis	0	1	0	1	0	4	1	3	0	0	1
Brucelosis	8	150	8	142	6	124	7	96	7	9	7
Tuberculosis	0	2	0	3	2	0	2	5	0	2	0
Enfermedades infecciosas y parasitarias	0	214	0	246	0	187	0	250	12	16	0
Fúngicas	0	0	0	0	3	0	2	0	0	1	0
Hepatitis vírica	2	31	0	42	0	44	0	39	0	0	5
Otras no contempladas anteriormente	0	0	3	1	3	0	1	0	0	1	1
EEPP producidas por agentes físicos											
Hipoacusia o sordera por ruido	3	338	0	369	1	384	0	490	0	0	3
Enf. osteo-art./angion. por vibraciones	0	270	1	386	0	200	0	191	0	2	0
E. bolsas serosas presión, celulitis subc.	3	733	3	979	7	742	7	744	8	3	2
Enf. por fatiga de vainas, etc.	121	15.575	185	17.083	208	19.616	190	21.365	205	117	98
Lesión menisco minas y trab. subterráneo	0	319	0	319	0	289	0	302	1	12	0
Parálisis de los nervios por presión	11	1.676	23	1.885	18	2.055	16	2.212	31	0	17
Sin diagnóstico	8	0	8	326	11	589	1	0	1	0	0

*En los años 2005, 2006 y 2007 no se dispone de datos a escala nacional, solo de Extremadura.

** Se corresponden con los datos estudiados desde la CSD en CEPROSS.

Fuente: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad. Acceso a CEPROSS desde Salud Laboral.

Elaboración: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad.

CAPÍTULO

Respecto a nuevas EEPP, en el RD 1299/2006 aparecen recogidas el dolor abdominal y las enfermedades de las cuerdas vocales.

En definitiva, el descenso detectado en la notificación de la enfermedad profesional necesita un estudio detenido, sobre todo porque no va acompañado de una mejora en la salud de los trabajadores, como lo demuestra el hecho de que las contingencias comunes en la población trabajadora no dejan de aumentar, suponiendo en estos momentos un problema muy importante de pérdida de horas de trabajo y de calidad de vida de los trabajadores. Además, las pensiones del Sistema de Seguridad Social por contingencias profesionales no están disminuyendo, como sería de esperar si realmente las patologías ocasionadas por el trabajo estuvieran en descenso.

Esto está ocasionando una falta de eficacia para todos los sistemas de prevención de las empresas y una lacra importante para el Sistema Sanitario Público de Extremadura, que está asumiendo los costos de una patología que debería estar siendo asumida por otros procedimientos.

4.13 ENFERMEDADES RARAS

Las enfermedades raras (ER), son aquellas patologías que tienen una prevalencia baja (menor de cinco casos por 10.000 habitantes de forma global), peligro de muerte o de invalidez crónica, escasa información de la etiopatogenia de la enfermedad y/o necesidad de al menos un medicamento huérfano para su tratamiento.

Estas características tan peculiares de las ER ponen de manifiesto la situación especial de estos afectados y la necesidad de servirse de un sistema de información específico. Dicho sistema debe constituir una herramienta de recogida de información, análisis y tratamiento de datos que permita conocer la situación y la evolución de estas enfermedades, y sea de utilidad para todas aquellas personas, profesionales o no, relacionados con la atención de los enfermos afectados por estas patologías en Extremadura, redundando en una mejora de la atención de los afectados.

El Sistema de Información sobre Enfermedades Raras de Extremadura (SIER) se creó por Orden de 14 de Mayo de 2004, quedando sometido a la Ley 14/86, de 25 de Abril, y al artículo 11-1-e de la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura. Debe garantizar la confidencialidad de los datos y asegurar que su uso sea estrictamente sanitario, según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y el RD 994/1999, de 11 de junio, que aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan Datos de Carácter Personal.

CAPÍTULO

Entre los objetivos del SIER están el valorar la dimensión de estas enfermedades mediante el conocimiento de su incidencia y prevalencia en Extremadura, así como el desarrollo de estudios epidemiológicos tomando como base la información existente en dicho sistema. El cumplimiento de estos objetivos contribuirá a una mejora de la calidad asistencial, la prevención y la planificación de los recursos materiales y humanos que pudieran contribuir a la mejora de la realidad actual de las ER.

La condición para que un caso se registre en este Sistema de Información es la de estar diagnosticado de una ER y residir de forma habitual en Extremadura. Se podrán recoger casos “sin diagnóstico” y/o “pendiente de estudio” que fueran susceptibles de considerarse en un futuro como diagnosticados de alguna ER. La inclusión o no en el SIER dependerá de los criterios científicos del momento, y será decidida por la Unidad Central de dicho Sistema.

A fecha de diciembre de 2008 figuraban registrados en el SIER de Extremadura 3.376 pacientes. De ellos, 1.379 tenían confirmado el diagnóstico por una fuente sanitaria y 1.997 figuraban como sospechosos, dado que se identificaron a través de fuentes no sanitarias. Destaca un mayor número de casos en mujeres que en varones (51,27% mujeres, 48,05% varones y en el 0,68% de los casos desconocemos el sexo). Tabla 4.32.

Tabla 4.32 Prevalencia de ER en Extremadura. Casos y tasas específicas por diez mil habitantes, sexo y grupos de edad. 2008

Grupos de edad	Total		Varones		Mujeres	
	Nº de casos	Tasas	Nº de casos	Tasas	Nº de casos	Tasas
0-4	48	10,41	27	10,41	21	8,48
5-9	266	51,25	149	51,25	112	40,56
10-14	320	55,82	188	55,82	129	40,58
15-19	346	54,05	200	54,05	143	41,68
20-24	171	24,10	96	24,10	71	18,65
25-29	118	14,33	58	14,33	60	15,64
30-34	119	11,30	46	11,30	73	18,46
35-39	142	15,74	68	15,74	74	18,04
40-44	169	16,66	67	16,66	101	27,33
45-49	178	31,03	99	31,03	79	27,55
50-54	138	23,28	65	23,28	73	27,29
55-59	117	23,86	62	23,86	55	20,96
60-64	119	25,28	56	25,28	63	26,08
65-69	80	12,72	37	12,72	43	13,12
70-74	81	10,55	26	10,55	55	18,7
75-79	61	8,41	15	8,41	45	18,62
80-84	37	13,89	13	13,89	24	15,42
>85	26	10,14	6	10,14	20	14,94
No consta	840		344		490	
Total	3.376	30,90	1.622	30,90	1.731	32,44

Fuente: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

Por grupos de edad, tanto en varones como en mujeres, el mayor número de casos se presenta en el tramo de los 15-19 años, aunque se desconoce la edad en una elevada proporción de los mismos.

Por áreas de salud, la mayor prevalencia la encontramos en el Área de Badajoz y la menor en la de Plasencia; mientras que el mayor número de casos absolutos se da en las Áreas de Badajoz y Cáceres.

La tasa de prevalencia por diez mil habitantes del total de casos es de 31,89. Tabla 4.33.

Tabla 4.33

Prevalencia de enfermedades raras en Extremadura. Casos y tasas por 10.000 habitantes, según área de salud de residencia. 2008

Áreas de Salud	Nº de casos	Tasas
Badajoz	945	37,22
Mérida	499	26,44
Don Benito-Villanueva	109	22,42
Llerena-Zafra	347	24,72
Cáceres	270	25,76
Coria	405	26,00
Plasencia	124	23,37
Navalmoral de la Mata	233	20,58
Desconocido	444	
Extremadura	3.376	31,89

Fuente: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Según las distintas fuentes de información, las unidades que más casos aportan al Sistema de Información son la Unidad de Genética de Badajoz y los Centros de Atención al Discapacitado (CADEX) de Badajoz y Cáceres.

Otras fuentes de información son el CEDI, consultas de atención primaria, FEDER, estudio de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con ER, medicamento huérfano, Registro de Enfermedades Renales, Sistema de Información de Base Poblacional sobre Cáncer (SICaP), etc.

5. ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS CON LA SALUD

CAPÍTULO

5.1 HÁBITOS NO SALUDABLES. CONSUMO DE SUSTANCIAS

5.1.1 CONSUMO DE TABACO

Las principales conclusiones a escala nacional que pueden extraerse de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2005-2006 y del análisis de la serie histórica de encuestas domiciliarias son: el descenso neto de la prevalencia de fumadores diarios (del 36,7% en 2003 al 32,8 % en 2005-2006) y el aumento de la percepción del riesgo de fumar. Sin embargo, Extremadura mantiene porcentajes altos de consumo y se sitúa por encima de la media nacional. Tabla 5.1.

	Alguna vez	Último año	Último mes	A diario últimos 30 días
España 2005-2006	69,5	42,4	38,4	32,8
Extremadura 2005-2006	78,1	44,4	39	34,5

Fuente: SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006-2007 indica que el tabaco es una de las sustancias más consumidas por los estudiantes en dicha etapa educativa en España, habiéndose consumido alguna vez en la vida por un 46,1% de los estudiantes, y alguna vez en los 30 días previos a la entrevista en una proporción del 27,8%. La edad media de inicio al consumo se sitúa en los 13,1 años de edad y es más consumido por mujeres que por hombres; sin embargo la intensidad de consumo entre los consumidores es más elevada en hombres. El mayor incremento en la extensión del consumo se produce entre los 14 y 16 años. Destaca el aumento de la percepción de riesgo ante el consumo de tabaco. En la evolución de la prevalencia de consumo se observa una reducción del consumo de tabaco entre los estudiantes. Tabla 5.2.

Prevalencia de consumo de tabaco	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Alguna vez en la vida	60,6	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4	46,1
En los últimos 30 días	31,1	32,5	31,9	32,1	29,4	37,4	27,8

Fuente: SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

En Extremadura, y teniendo en cuenta el consumo durante los últimos 30 días, el tabaco es la segunda sustancia más extendida entre los estudiantes de 14 a 18 años, por detrás del alcohol, con un 28,3% de fumadores actuales.

La edad de inicio al consumo de tabaco se muestra como la menor de todas las sustancias analizadas con 13,09 años (haciendo excepción de la heroína que consideramos dato no significativo por las características de la población).

El consumo de tabaco se puede considerar moderado, ya que de media se consumen 6,23 cigarrillos/día durante los últimos 30 días.

Teniendo en cuenta los indicadores utilizados, las mujeres consumen tabaco con mayor frecuencia que los hombres. Tabla 5.3.

Tabla 5.3 Prevalencia del consumo de tabaco (porcentajes) según sexo. ESTUDES 2006-2007. Extremadura

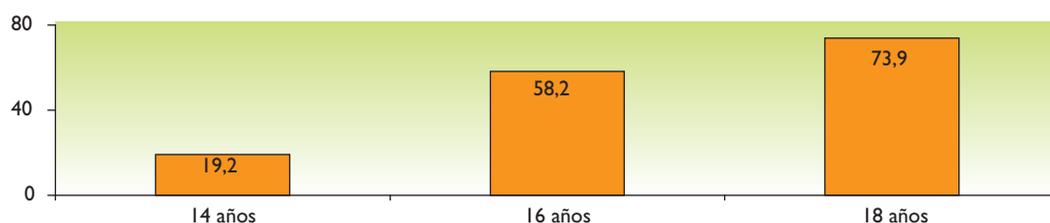
	Alguna vez		Último año		A diario últimos 30 días	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Tabaco	40.40	53.40	27.75	39.46	21.80	34.80

Fuente: SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La proporción de consumidores aumenta con la edad, siendo claramente creciente al pasar de cada edad a la inmediatamente superior. Figura 5.1.

Figura 5.1 Evolución del consumo de tabaco “alguna vez” con la edad (porcentajes). ESTUDES 2006-2007. Extremadura



Fuente: SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Con respecto al riesgo percibido, el 75,2% opina que fumar un paquete a diario puede ocasionar bastantes o muchos problemas para la salud. El 91,7% percibe que el tabaco es la droga más accesible (fácil o muy fácil de conseguir).

Según la Encuesta Nacional de Salud 2006, Extremadura se encuentra entre las cinco CCAA con la prevalencia de consumo de tabaco más baja de España, con un 24,95% de población fumadora, con diferencias entre hombres (29,52%) y mujeres (20,53%). Además, actualmente es la CCAA con mayor porcentaje de exfumadores (24,35% en ambos sexos y 35,93% en varones). Tabla 5.4.

Tabla 5.4

Porcentajes de consumo de tabaco en población ≥ 16 años. Extremadura y España. Encuesta Nacional de Salud 2006

	Fumador diario	Fumador ocasional	Exfumador	Nunca fumador
Ambos géneros				
España	26.44	3.06	20.53	49.97
Extremadura	24.97	1.92	24.35	48.76
Varones				
España	31.56	3.77	28.14	36.52
Extremadura	29.52	1.68	35.93	32.87
Mujeres				
España	21.51	2.37	13.20	62.92
Extremadura	20.53	2.15	13.04	64.27

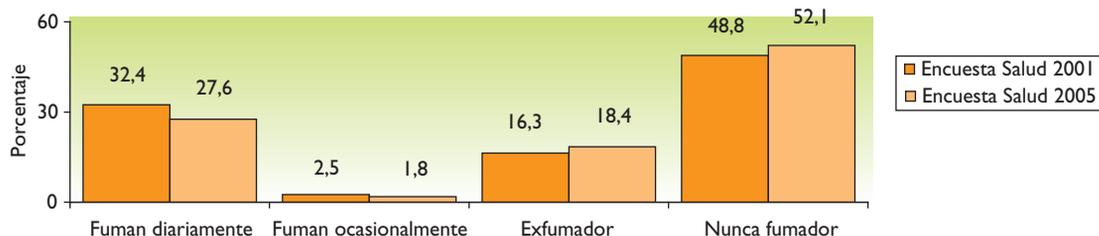
Fuente: SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Tomando como referencia las Encuestas de Salud de Extremadura de los años 2001 y 2005, constatamos que la prevalencia de fumadores ha ido en descenso, a la vez que ha aumentado la de no fumadores. Figura 5.2.

Figura 5.2

Evolución del consumo de tabaco (porcentajes) en Extremadura. Encuestas de Salud de Extremadura. 2001 y 2005



Fuente: SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

5.1.2 CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

La encuesta EDADES 2005-2006 indica que, a escala nacional, el consumo de alcohol parece estabilizado aunque a niveles muy altos, con una percepción de riesgo muy baja para una proporción importante de la población ante el consumo diario y, especialmente, el del fin de semana. Es la droga psicoactiva de consumo más extendido junto con el tabaco, y la segunda de inicio al consumo más temprano (16,7 años) tras el tabaco, con una prevalencia más alta entre hombres.

En el ámbito autonómico, el alcohol sigue siendo la droga legal más consumida en Extremadura, situándose por encima de la media nacional. Tabla 5.5.

Tabla 5.5 Prevalencias de consumo de alcohol (porcentajes) en España y Extremadura. EDADES 2005-2006

	Alguna vez	Último año	Último mes	2006
España 2005-2006	60,6	63,4	59,8	46,1
En los últimos 30 días	31,1	31,9	29,4	27,8

Fuente: SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

En la encuesta ESTUDES 2006-2007, se observa que el alcohol es la droga más consumida por los estudiantes de enseñanza secundaria de 14 a 18 años en España (un 79,6% ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida). Aquellos que lo han consumido alguna vez en los 30 días previos a la entrevista alcanzaron una proporción del 58%.

En Extremadura, el alcohol sigue siendo la sustancia más consumida entre los jóvenes de 14 a 18 años: un 76,3% declara haber consumido alcohol alguna vez, el 70,5% lo consumió los 12 meses previos a la encuesta y el 51,6% los últimos 30 días.

Los lugares predominantes de consumo son espacios públicos, primordialmente en la calle o los parques (74%) y los pubs (75,4%), a los que hay que añadir los restaurantes (19,8%) y el consumo en casa, que ocupa el cuarto lugar y es citado por el 17,3% de los alumnos encuestados.

Los indicadores indirectos de consumo excesivo de alcohol presentan cifras elevadas. Un 71% de los estudiantes de 14 a 18 años manifiesta haberse emborrachado alguna vez en la vida, un 55,7% en los últimos 12 meses y un 28,9% en los últimos treinta días. El 72,7% de ellos manifiesta que algunos, la mayoría o todos sus amigos toman bebidas alcohólicas. La edad de inicio al consumo de alcohol es de 13,84 años. Las prevalencias de consumo de alcohol indican que las chicas lo consumen con mayor frecuencia. Tabla 5.6.

Tabla 5.6 Prevalencias de consumo de alcohol (porcentajes). ESTUDES 2006-2007. Extremadura

	Alguna vez	Último año	Último mes	2006
España 2005-2006	60,6	63,4	59,8	46,1
En los últimos 30 días	31,1	31,9	29,4	27,8

Fuente: SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La proporción de consumidores de alcohol aumenta con la edad. El 96,8% de la población de 18 años manifiesta haber tomado alcohol alguna vez en la vida, frente al 86% y el 46,1% de la población de 16 y 14 años respectivamente. Figura 5.3.

Figura 5.3 Evolución del consumo de alcohol "alguna vez" con la edad (porcentajes). ESTUDES 2006-2007. Extremadura

Fuente: SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Con respecto al riesgo percibido, el 46,4% opina que el consumo diario de 1 ó 2 copas/cañas puede ocasionar bastantes o muchos problemas para la salud, pero aumenta hasta un 75,7% cuando el consumo diario es de 5 ó 6 copas/cañas. El alcohol es la segunda droga (tras el tabaco) más fácil de conseguir (el 89,9% de los encuestados creen que es fácilmente accesible).

5.1.3 CONSUMO DE OTRAS DROGAS

a) Edades 2005-2006

España:

Según el análisis de la serie histórica de las encuestas EDADES a residentes de 15 a 64 años de hogares españoles, se observa una estabilidad creciente de la percepción del riesgo ante el consumo de las sustancias psicoactivas más consumidas en nuestro país (alcohol, tabaco y cannabis), que avala el acierto de las políticas iniciadas por el Gobierno y por las distintas Administraciones Autonómicas. También se observa el mantenimiento de la tendencia creciente del consumo de cocaína y el menor aumento de la disponibilidad percibida de la mayor parte de las drogas ilegales.

CAPÍTULO

Extremadura:

En general, la población residente en Extremadura está ligeramente por encima de la media en drogas legales, y claramente por debajo en las ilegales.

El porcentaje de población que declara haber consumido tranquilizantes en los últimos doce meses es del 5,7%, superando a la media nacional.

El consumo de cocaína durante el último año ha disminuido respecto a años anteriores, situándose en un 0,6% (por un 3% de la media nacional).

El consumo de anfetaminas también registra un descenso, estando de nuevo por debajo de la media nacional.

Respecto al consumo de alucinógenos y de heroína durante el último año, se observan prevalencias muy bajas en Extremadura, al igual que ocurre en España.

El consumo de éxtasis en el ámbito autonómico ha descendido respecto a años anteriores y también se sitúa por debajo de la media nacional. Tabla 5.7.

Tabla 5.7

Prevalencias de consumo de drogas en los últimos doce meses (porcentajes). EDADES 2005-2006. España y Extremadura

	España	Extremadura
Tranquilizantes	3,9	5,7
Inhaladores volátiles	0,1	0,0
Cocaína	3,0	0,6
Anfetaminas/speed	1,0	0,1
Alucinógenos	0,0	0,7
Heroína	0,1	0,1
Drogas de síntesis/éxtasis	1,2	0,1

Fuente: SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Con respecto a las drogas más consumidas, el cannabis (que es la droga ilegal más consumida por los extremeños) se sitúa significativamente por debajo de la media nacional en las variables de consumo analizadas. Tabla 5.8.

Tabla 5.8

Prevalencias de consumo de cannabis (porcentaje) en España y Extremadura. EDADES 2005-2006

	Alguna vez	Último año	Último mes	A diario últimos 30 días
España 2005-2006	28,6	11,1	8,7	2,0
Extremadura 2005-2006	24,0	4,8	2,9	1,0

Fuente: SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

b) Estudios 2006-2007**España:**

Al igual que en años anteriores, el cannabis ha sido una de las drogas más consumidas por los estudiantes de enseñanza secundaria de 14 a 18 años (junto a alcohol y tabaco) en España. Un 36,2% de los encuestados han consumido cannabis alguna vez en la vida. La proporción de consumidores actuales (aquellos que han consumido alguna vez en los 30 días previos a la entrevista) fue del 20,1%.

El consumo del resto de sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, sustancias volátiles, heroína, etc.) es mucho menor, situándose entre el 1% y el 6% la proporción de estudiantes que las han probado alguna vez, y entre el 0,5% y el 2,3% la proporción de consumidores actuales.

Mención aparte merece el consumo de tranquilizantes y/o somníferos. La proporción de estudiantes que han consumido alguna vez estas sustancias es del 12,6%, y los que han consumido sin receta médica del 7,6%. La proporción de consumidores actuales (últimos 30 días) fue de un 3,6% y un 2,4%, respectivamente.

Si comparamos estos resultados con los de las encuestas precedentes, observamos una reducción del consumo de la mayoría de las sustancias, más acusado en el caso del cannabis y de la cocaína. Estas dos sustancias son, por otra parte, las drogas ilegales más extendidas y cuyo consumo había crecido más durante los últimos años.

Extremadura:

Excepción hecha del alcohol y del tabaco, y tomando como referencia el consumo en los últimos doce meses, el cannabis sigue siendo la droga más extendida entre los estudiantes de 14 a 18 años: un 28,3% de ellos declararon haber consumido esta sustancia durante los 12 meses previos a la encuesta.

A continuación, las sustancias más consumidas son la cocaína (2,4%), los tranquilizantes/hipnóticos (2%), los alucinógenos y los inhalantes volátiles (1,9%), el speed y las anfetaminas (1,6%), el éxtasis y las drogas de diseño (1,5%) y, por último, la heroína (0,1%).

Teniendo en cuenta los tres indicadores utilizados (consumo alguna vez, los últimos 12 meses o los últimos 30 días), el sexo establece diferencias de consumo. La proporción de consumidores es significativamente menor en las chicas que en los chicos para casi todas las sustancias ilegales, aunque ellas consumen generalmente con mayor frecuencia alcohol, tabaco y cannabis. Tabla 5.9.

CAPÍTULO

Tabla 5.9

Prevalencias de consumo de diferentes sustancias (porcentajes). ESTUDES 2006-2007. Extremadura

	Alguna vez		Último año		A diario últimos 30 días	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Tranquilizantes	3	4,5	2,2	1,9	0,8	1,1
Cannabis	33,2	35,1	27,5	29,1	18,4	18,8
Cocaína	3	4,7	2,5	2,4	1,4	0,8
Heroína	0,8	0	0,3	0	0	0
Speed y anfetaminas	1,9	2,6	2,2	1,1	1,4	0,3
Éxtasis	3	2,6	1,9	1,1	1,4	0,3
Alucinógenos	3,8	2,1	2,8	1,1	2,2	0,5
Sustancias volátiles	3,3	1,1	3,3	0,5	2,5	0,3

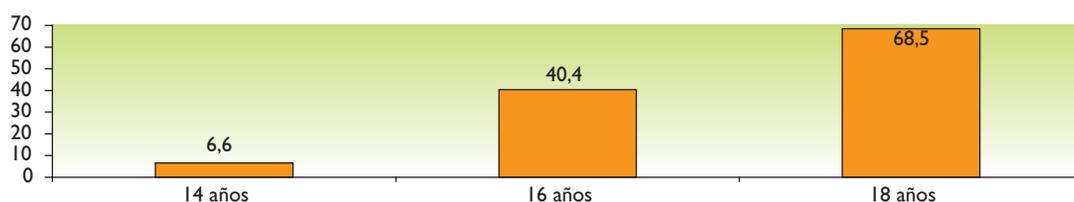
Fuente: SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

En general, la proporción de consumidores aumenta con la edad en todas las sustancias. Además, en todas las sustancias ilegales excepto en la cocaína y la heroína, el incremento se extiende desde los 14 hasta los 18 años, observándose a esta edad los valores máximos en el indicador de consumo.

Figura 5.4

Evolución del consumo de cannabis "alguna vez" con la edad (porcentajes). ESTUDES 2006-2007. Extremadura



Fuente: SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.

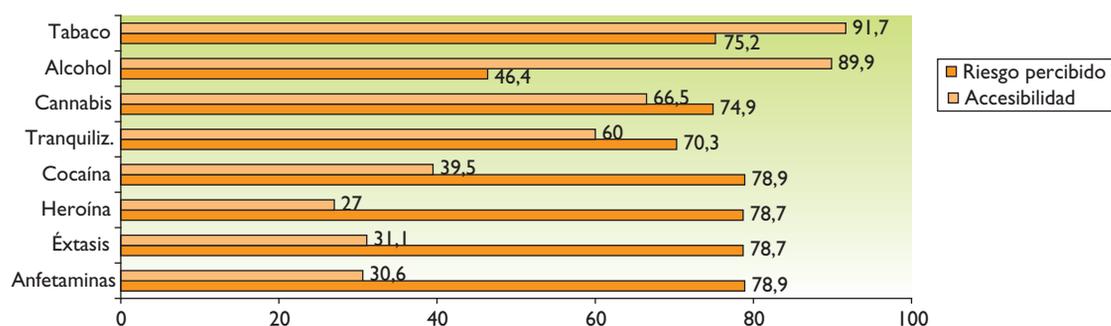
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El riesgo percibido con respecto al consumo habitual de sustancias se muestra máximo para la cocaína, las anfetaminas/speed, el éxtasis y la heroína; le sigue el tabaco y el consumo habitual de cannabis y de tranquilizantes.

Tras el tabaco y el alcohol (con diferencia respecto al resto), el cannabis y los tranquilizantes son las drogas que se perciben como más accesibles (fáciles o muy fáciles de conseguir). Figura 5.5.

Figura 5.5

Problemas percibidos y disponibilidad de las sustancias (porcentajes). ESTUDES 2006-2007. Extremadura



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuestas de Salud de Extremadura 2001 y 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Un 86,4% de los estudiantes de 14 a 18 años manifiesta estar perfecta o suficientemente informado en relación con el tema de drogas; y un 70% dice haber recibido información o haber tratado en clase el tema del consumo de drogas, así como los efectos y problemas asociados con las distintas sustancias y formas de consumo en su centro educativo.

5.2 HÁBITOS SEXUALES

Los principales datos referidos a Extremadura de la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales realizada en 2003 por el INE, en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo, se encuentran en el Análisis de Situación del anterior *Plan de Salud de Extremadura 2005-2008*.

Basándose en esta Encuesta, las conductas sexuales de la población extremeña de entre 18 y 49 años desde la perspectiva del sida nos indican que: el 27,72% se ha hecho alguna vez la prueba del VIH/sida (27,58% de varones y 27,87% de mujeres). El 15,59% de los hombres ha tenido relaciones sexuales con diez o más parejas. El 28,58% de los varones y el 17,39% de mujeres han mantenido relaciones sexuales con nuevas parejas en el último año y no han usado el preservativo en la primera relación con esta nueva pareja. En relaciones con parejas ocasionales, el 47% de varones y el 45,15% de mujeres no han usado el preservativo. El 4,15% de los hombres ha tenido relaciones sexuales en el último año con personas que ejercen la prostitución. El 56,66% afirma que el uso del preservativo permite disfrutar más por la seguridad que proporciona (52,23% de varones y 61,18% de mujeres).

CAPÍTULO

5.3 HÁBITOS ALIMENTARIOS

5.3.1 POBLACIÓN ADULTA

Los datos de la Encuesta de Salud de Extremadura 2005 indican que los productos lácteos son tomados a diario por el 91,6% de los extremeños con 16 o más años, seguidos del pan y cereales (consumidos diariamente por el 82,8%), la fruta fresca (67,8%), los dulces (32,6%), las verduras (14,9%) y los embutidos (11,2%). Con respecto a 2001, el porcentaje ha aumentado en el consumo diario de lácteos, fruta, verduras, dulces, pasta, arroz y patatas. Tabla 5.10 y Figura 5.6.

Tabla 5.10

Consumo de alimentos a diario en población adulta. Porcentaje sobre el número correspondiente de encuestados. Extremadura. 2005

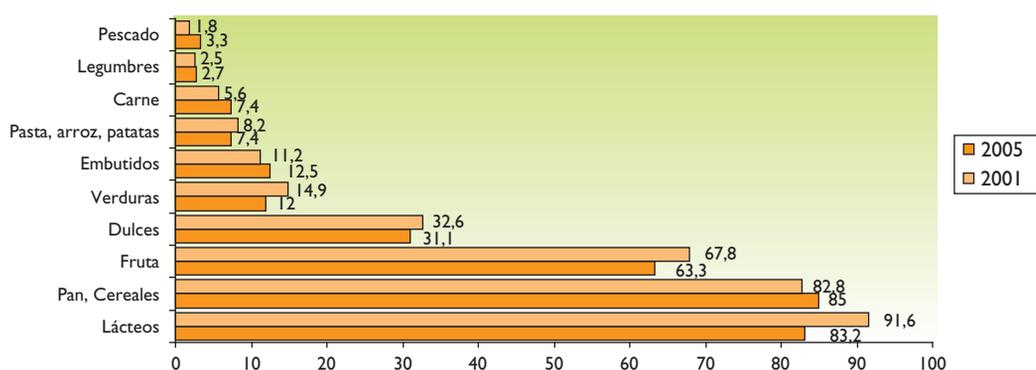
	Varones	Mujeres	Ambos géneros
Fruta fresca	62,1	73,4	67,8
Carne	7,1	4,1	5,6
Pescado	1,9	1,6	1,8
Pasta, arroz, patatas	8	8,4	8,2
Pan, cereales	87,5	78,1	82,8
Verdura	11,9	17,9	14,9
Legumbres	2,1	2,9	2,5
Embutidos	16	6,5	11,2
Productos lácteos	91,2	92	91,6
Dulces (galletas, mermeladas, etc.)	32,8	32,5	32,6
Nº correspondiente de encuestados	1.533	1.599	3.152

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuesta de Salud de Extremadura 2005.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Figura 5.6

Consumo de alimentos a diario en población adulta. En porcentaje. Extremadura. 2001 y 2005



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuestas de Salud de Extremadura 2001 y 2005.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

5.3.2 POBLACIÓN INFANTIL

Los datos de la Encuesta de Salud de Extremadura 2005 en menores de 16 años indican que el 98,5% de los niños extremeños toma algo para desayunar, mientras que un 1,6% no toma nada (son similares a los de 2001). El desayuno más frecuente es el de algo de líquido con cereales, tostadas, galletas, etc. (68,2%); seguido de café, leche, té, chocolate o cacao, yogurt, etc. (22,7%). Tabla 5.11.

Tabla 5.11

Desayuno habitual del niño. Porcentaje sobre el número correspondiente de encuestados. Extremadura. 2005

	Varones	Mujeres	Ambos géneros
Café, leche, té, chocolate o cacao, yogurt	21,7	23,9	22,7
Algo líquido y fruta, zumos	1,5	3,1	2,3
Algo líquido y cereales, tostadas, galletas	68,8	67,4	68,2
Algo líquido y fruta y tostada, galletas, bollería	5,3	4,1	4,7
Algo líquido y algo más sólido aún (huevos, queso)	0,5	0,6	0,6
Nada, no suele desayunar	2,1	1	1,6
Nº correspondiente de encuestados	384	366	750

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuesta de Salud de Extremadura 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Al igual que en 2001, los alimentos más frecuentemente tomados a diario por los niños extremeños son los productos lácteos (95,4%), seguidos de pan y cereales (85,6%), dulces (57,1%), fruta fresca (52,4%), pasta, arroz y patatas (10,7%) y embutidos (11,6% de los niños). Tabla 5.12 y Figura 5.7.

Tabla 5.12

Consumo de alimentos a diario en población infantil. Porcentaje sobre el número correspondiente de encuestados. Extremadura. 2005

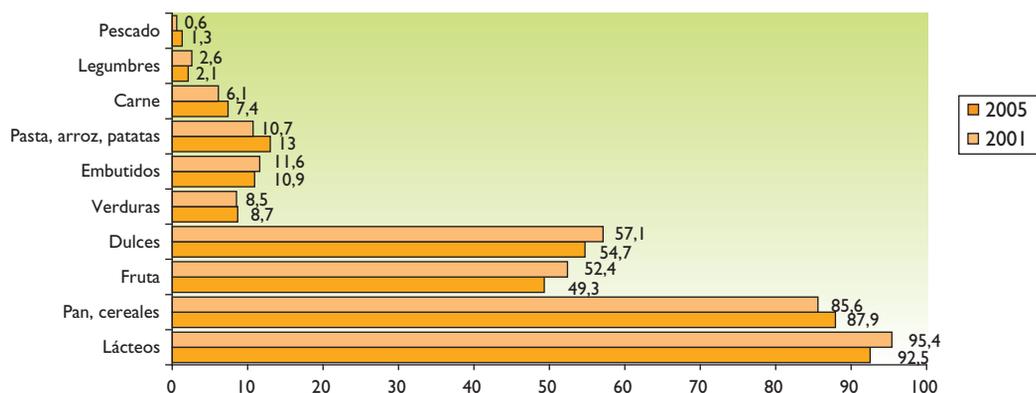
	Varones	Mujeres	Ambos géneros
Fruta fresca	50,5	54,3	52,4
Carne	6,2	6,0	6,1
Pescado	0,9	0,3	0,6
Pasta, arroz, patatas	11,5	9,9	10,7
Pan, cereales	88,2	82,9	85,6
Verdura	8,1	9,0	8,5
Legumbres	3,3	1,8	2,6
Embutidos	14,3	8,7	11,6
Productos lácteos	95,7	95,1	95,4
Dulces (galletas, mermeladas, etc.)	60,6	53,5	57,1
Nº correspondiente de encuestados	384	366	750

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuesta de Salud de Extremadura 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

El consumo diario de pescado en la población infantil extremeña es muy bajo (0,6%), frente al 6,1% que representa el consumo de carne.

Figura 5.7 Consumo de alimentos a diario en población infantil. En porcentaje. Extremadura. 2001 y 2005



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuestas de Salud de Extremadura 2001 y 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

5.4 PRÁCTICA DE EJERCICIO

5.4.1 POBLACIÓN ADULTA

Los datos de la Encuesta de Salud de Extremadura 2005 indican que el 27,4% de los extremeños con 16 o más años realiza su actividad de trabajo principal sentado la mayor parte de la jornada; el 58,1% lo hace de pie sin grandes desplazamientos o esfuerzos; el 9,2% lo realiza caminando, llevando algún peso o con desplazamientos frecuentes; y el 4,6% realiza un trabajo pesado o tareas que requieren gran esfuerzo físico; estos porcentajes son similares a los del año 2001. Tabla 5.13 y Figura 5.8.

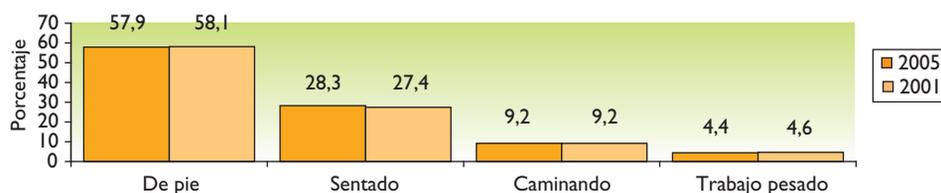
Tabla 5.13 Ejercicio físico realizado en el trabajo o actividad habitual. Porcentaje sobre el número correspondiente de encuestados. Extremadura. 2005

	Varones	Mujeres	A. géneros
Sentado la mayor parte de la jornada	30,2	24,7	27,4
De pie la mayor parte, sin grandes desplazamientos	46,1	69,8	58,1
Caminando, llevando algún peso, con desplazamientos	14,0	4,6	9,2
Trabajo pesado, tareas con gran esfuerzo físico	8,4	0,8	4,6
N.C.	1,2	0,1	0,6
Nº correspondiente de encuestados	1.533	1.599	3.152

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuesta de Salud de Extremadura 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Figura 5.8

Ejercicio físico realizado en el trabajo o actividad habitual en población adulta. En porcentaje. Extremadura. 2001 y 2005



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuestas de Salud de Extremadura 2001 y 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.



En su tiempo libre, el 45,9% de los encuestados no realiza ningún tipo de ejercicio; el 45% realiza alguna actividad física o deportiva de forma ocasional; el 7,3% realiza actividad física regular varias veces al mes; y sólo el 1,9% realiza entrenamiento físico varias veces a la semana, siendo mayores los porcentajes de actividad física en comparación con el año 2001. Tabla 5.14 y Figura 5.9.

Tabla 5.14

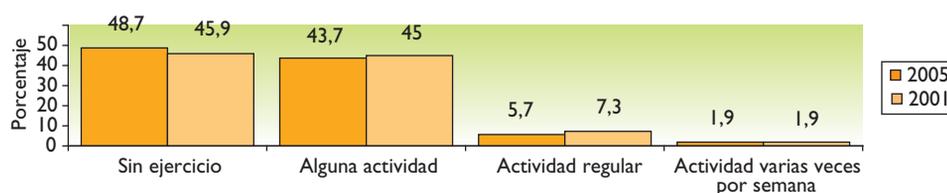
Ejercicio físico realizado en el tiempo libre en población adulta. Porcentaje sobre el número correspondiente de encuestados. Extremadura. 2005

	Varones	Mujeres	A. géneros
No hago ejercicio. Tiempo libre sedentario	43,2	48,5	45,9
Alguna actividad física o deportiva ocasional	42,7	47,1	45,0
Actividad física regular, varias veces al mes	11,6	3,0	7,3
Entrenamiento físico varias veces a la semana	2,4	1,4	1,9
N.C.	0,1	0,0	0,0
Nº correspondiente de encuestados	1.533	1.599	3.152

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuesta de Salud de Extremadura 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Figura 5.9

Ejercicio físico realizado en el tiempo libre en población adulta. En porcentaje. Extremadura. 2001 y 2005



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuestas de Salud de Extremadura 2001 y 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

5.4.2 POBLACIÓN INFANTIL

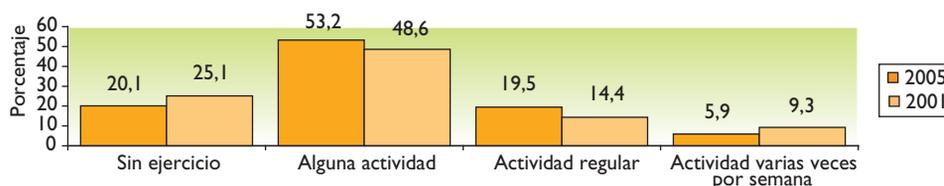
Los datos de la Encuesta de Salud de Extremadura 2005 en menores de 16 años indican que el 72,3% de los niños extremeños realiza alguna actividad física, 6,3 puntos menos que en el 2001; de ellos, el 48,6% la realiza ocasionalmente, el 14,4% varias veces al mes y el 9,3% varias veces a la semana. El 25,1% no realiza ninguna actividad física en su tiempo libre, 5 puntos más que en 2001. Tabla 5.15 y Figura 5.10. Por sexos, se observa que los niños realizan, en general, una mayor actividad física que las niñas extremeñas.

Tabla 5.15 Ejercicio físico realizado en el tiempo libre en población infantil. Porcentaje sobre el número correspondiente de encuestados. Extremadura. 2005

	Varones	Mujeres	A. géneros
No hago ejercicio. Tiempo libre sedentario	21,7	28,7	25,1
Alguna actividad física o deportiva ocasional	48,1	49,1	48,6
Actividad física regular, varias veces al mes	17,6	11,1	14,4
Entrenamiento físico varias veces a la semana	9,9	8,6	9,3
N.C.	2,7	2,5	2,6
N° correspondiente de encuestados	412	388	800

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuesta de Salud de Extremadura 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Figura 5.10 Ejercicio físico realizado en el tiempo libre en población infantil. En porcentaje. Extremadura. 2001 y 2005



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuestas de Salud de Extremadura 2001 y 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

En 2005, el 93,2% de los niños extremeños mayores de un año vieron la televisión todos o casi todos los días (93,7% varones y 92,6% mujeres), 1,8 puntos más que en 2001. De éstos, el 43,6% la vio entre 1 y 2 horas, el 26,1% entre 2 y 3 horas, el 20,5% menos de una hora y el 9,7% más de tres horas. Tabla 5.16 y Figura 5.11.

Tabla 5.16

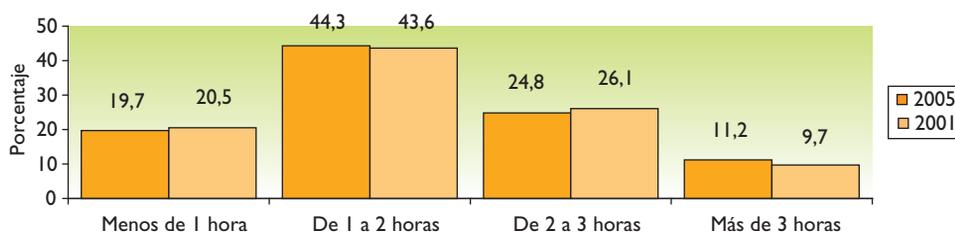
Tiempo que ven al día los niños la televisión (niños que ven la televisión todos o casi todos los días). Porcentaje sobre el número correspondiente de encuestados. Extremadura. 2005

	Varones	Mujeres	Ambos géneros
Menos de una hora	18,1	23,0	20,5
De una a dos horas	46,5	40,6	43,6
De dos a tres horas	24,6	27,7	26,1
Más de tres horas	10,6	8,7	9,7
N.C.	0,3	0,0	0,1
Nº correspondiente de encuestados	360	339	699

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuesta de Salud de Extremadura 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Figura 5.11

Tiempo que ven al día los niños la televisión (niños que ven la televisión todos o casi todos los días). En porcentaje. Extremadura. 2001 y 2005



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuestas de Salud de Extremadura 2001 y 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

5.5 EXCESO DE PESO

5.5.1 POBLACIÓN ADULTA

Los datos de la Encuesta de Salud de Extremadura 2005 en población de 16 o más años indican que el 45,2% de los extremeños encuentra su peso mayor de lo normal, siendo mayor el porcentaje que en 2001. Tabla 5.17 y Figura 5.12.

Tabla 5.17

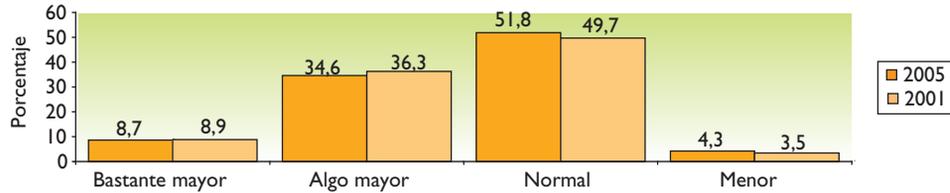
Percepción del peso en población adulta por sexos. Porcentaje sobre el número correspondiente de encuestados. Extremadura. 2005

	Varones	Mujeres	Ambos géneros
Bastante mayor de lo normal	7,1	10,6	8,9
Algo mayor de lo normal	35,1	37,5	36,3
Normal	52,9	46,6	49,7
Menor de lo normal	3,6	3,4	3,5
Nº correspondiente de encuestados	1.533	1.599	3.152

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuesta de Salud de Extremadura 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

Figura 5.12 Percepción del peso en población adulta. En porcentaje. Extremadura. 2001 y 2005



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuestas de Salud de Extremadura 2001 y 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

5.5.2 POBLACIÓN INFANTIL

Los datos de la Encuesta de Salud de Extremadura 2005 indican que el 76,8% de los padres, madres o tutores de los niños extremeños creen que el peso con relación a la altura de su niño es normal, mientras que el 12,5% piensa que es bastante mayor o algo mayor de lo normal, y el 10,1% que es menor, siguiendo el mismo orden de frecuencia que en 2001. Tabla 5.18 y Figura 5.13.

Tabla 5.18

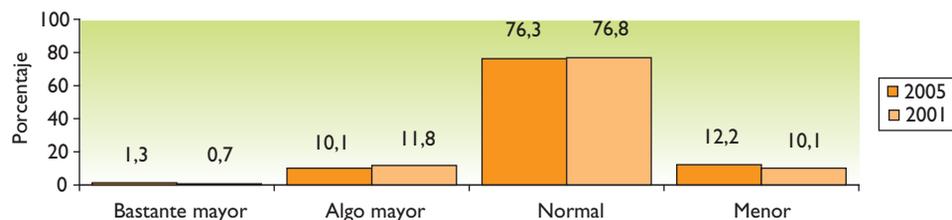
Peso aproximado del niño en relación con su estatura. Porcentaje sobre el número correspondiente de encuestados. Extremadura. 2005

	Varones	Mujeres	Ambos géneros
Bastante mayor de lo normal	0,7	0,7	0,7
Algo mayor de lo normal	12,2	11,4	11,8
Normal	75,0	78,7	76,8
Menor de lo normal	11,3	8,8	10,1
Nº correspondiente de encuestados	412	388	800

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuesta de Salud de Extremadura 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Figura 5.13

Peso aproximado del niño en relación con su estatura y a lo considerado como normal por los padres, madres o tutores. En porcentaje. Extremadura. 2001 y 2005



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuestas de Salud de Extremadura 2001 y 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

6. SALUD Y MEDIOAMBIENTE

CAPÍTULO

En los estudios de análisis de situación del Plan Nacional de Sanidad Ambiental, realizados por encuestas a un amplio panel de expertos y siguiendo la metodología Delphi, se han identificado en una primera fase diferentes factores de riesgo medioambientales.

Para Extremadura se han seleccionado aquellos identificados como relevantes y en los que se emplean importantes recursos humanos y materiales durante los últimos años.

En cuanto a la difusión a los ciudadanos de la información sanitario-ambiental, existen algunas publicaciones de divulgación así como dos web diferentes preparadas para albergar contenidos de difusión de sanidad ambiental. Un espacio gestionado por la Consejería de Sanidad (www.saludextremadura.com) y otro por la Consejería responsable de Medioambiente (www.extremambiente.es).

Respecto a la formación en Sanidad Ambiental, ésta se vertebra en dos direcciones. Por un lado la formación a los profesionales sanitarios que tienen asignadas entre sus funciones tareas en los diferentes campos de la misma; y, por otro, la formación a diferentes agentes sociales. En este segundo marco se ubican los cursos supervisados por la Administración Sanitaria de Extremadura e impartidos por entidades previamente autorizadas para ello: manipuladores de biocidas, personal mantenedor de instalaciones de riesgo de producir legionelosis o personal manipulador de depuradoras de piscinas.

6.1 AGUA DE CONSUMO HUMANO

El control de la calidad de las aguas de consumo humano, tanto microbiológico como fisicoquímico, tiene por objeto minimizar los riesgos sanitarios para la colectividad derivados fundamentalmente de su uso alimenticio y alimentario.

En Extremadura se desarrollan programas encaminados a controlar y vigilar las condiciones higiénico-sanitarias del agua, la adecuación de sus instalaciones y las actividades de sus gestores, de conformidad a lo que dictan las normas europeas y estatales.

En el ámbito nacional, la norma legislativa de carácter sanitario de aplicación es el RD 140/2003, de 7 de febrero, por el que se establecen los criterios sanitarios de la calidad del agua de consumo humano. Establece que las zonas de abastecimiento son áreas geográficamente definidas y censadas por la Autoridad Sanitaria a propuesta del gestor del abastecimiento.

CAPÍTULO

Con la aplicación del Sistema de Información Nacional de Aguas de Consumo (SINAC), iniciado en 1992, y sobre todo con la nueva estructura y aplicación informática (Orden 1591/2005), en este momento se está en fase de enumerar y censar las diferentes zonas de abastecimiento en Extremadura, cada una de las cuales viene definida por una denominación única, código de identificación, número de habitantes abastecidos y volumen medio diario de agua suministrada.

El SINAC también permite la gestión informática de aquellos datos sobre la calidad del agua de consumo humano que se requiere en los diferentes ámbitos de actuación, a fin de cumplir tanto con las obligaciones del Estado español respecto a la información a los Organismos de la UE que así lo requieran, como con la estadística e información nacional y autonómica a los ciudadanos.

Según datos de la evaluación del *Plan de Salud de Extremadura 2005-2008*, el 19% de las localidades extremeñas estaban dadas de alta en el SINAC en diciembre de 2007.

6.1.1 INVENTARIADO DE INSTALACIONES

El Informe de Salud Pública 2006 indica que, de un total de 491 localidades extremeñas de 100 ó más habitantes, el 70,68% tienen estaciones de tratamiento de agua potable (ETAPs) en sus zonas de abastecimiento donde, además de la desinfección, se realizan procesos de tratamiento de potabilización antes de pasar a la red de distribución; frente a un 29,31% de localidades sin estación de tratamiento, en las que sólo se lleva a cabo tratamiento de desinfección en el depósito regulador.

Los principales elementos para la gestión de inspecciones sanitarias en Extremadura, se reflejan en la Tabla 6.1.

Tabla 6.1 Censo de infraestructuras del agua de abastecimiento. Extremadura. 2007

Áreas de salud	Zonas de abastecimiento	Captaciones	ETAPs	Depósitos	Fuentes no conectadas a la red
Badajoz	37	44	9	72	67
Mérida	12	10	11	47	19
Don Benito-Villanueva	28	38	13	110	88
Llerena-Zafra	34	90	7	77	155
Cáceres	71	76	46	146	116
Coria	32	56	17	66	110
Plasencia	119	124	30	147	162
Navalmoral de la Mata	39	64	15	95	88
Extremadura	372	502	149	760	805

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

6.1.2 GESTIÓN DEL AGUA DE CONSUMO

Los ayuntamientos o mancomunidades de aguas son los responsables del suministro; para ello, gestionan las aguas de consumo directamente u otorgan concesiones administrativas a empresas especializadas, en algunas o en todas las fases del proceso: captación; conducción hasta ETAP; tratamiento en función de la tipificación de la calidad del agua en origen; distribución hasta los depósitos municipales; distribución hasta la acometida de los usuarios; e incluso, el cobro de los recibos.

Según el Informe de Salud Pública 2006, el 78,41% de las localidades extremeñas tienen contratada una empresa privada para la gestión de la estación de tratamiento y el control analítico de la salida de ETAP, frente al 21,59% cuya gestión de ETAP es municipal.

La gestión en la red de distribución o conducción del agua hasta la acometida de los usuarios, también llamada “gestión en baja”, es realizada en el 37,73% de las localidades extremeñas de más de 100 habitantes por empresas o gestoras privadas contratadas, frente al 62,66% cuya gestión en baja es municipal.

6.1.3 CALIDAD DEL AGUA DE CONSUMO

Es importante conocer, para la prevención del riesgo, la calidad del agua en origen y la calidad del agua a la salida de las ETAPs. El control sanitario del agua de consumo humano se ejerce: a través del autocontrol llevado a cabo por el gestor del abastecimiento; mediante controles en el grifo del consumidor, responsabilidad de cada ayuntamiento; y a través de inspecciones, auditorías y analíticas efectuados por la Autoridad Sanitaria autonómica.

Los datos de los muestreos realizados por los gestores del agua (ayuntamientos, mancomunidades o empresas concesionarias) indican que en 2007 el 0,46% de las aguas fueron no aptas para consumo, si bien ello no comporta siempre la no aptitud del agua, sino que en algunos casos se trata de parámetros indicadores. Tabla 6.2.

Tabla 6.2

Número de muestreos y porcentajes de aguas aptas para el consumo realizados por los gestores del agua. Extremadura. 2006-2007

Agua	2006		2007	
	Muestras	Porcentaje	Muestras	Porcentaje
Apta para el consumo	1.900	97,73	1.477	98,07
Apta para el consumo (no conformidad)	38	1,95	22	1,46
No apta	6	0,30	7	0,46
Total	1.944	100	1.506	100

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

La CSD, dentro del Programa de Vigilancia de Aguas de la CAE, realizó 1.604 tomas de muestras durante 2007; éstas fueron programadas por las Direcciones de Salud de las distintas áreas, basándose en las características de cada abastecimiento, y ejecutadas por los farmacéuticos de los distintos equipos de atención primaria. Tabla 6.3.

Tabla 6.3

Número de muestreos de aguas para el consumo realizados por la Autoridad Sanitaria Autonómica. Extremadura. 2006-2007

Número de analíticas	2006	2007
Laboratorio de Cáceres	730	743
Laboratorio de Badajoz	485	861
Total	1.215	1.604

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

6.2 ZONAS DE BAÑO NATURALES

Las aguas de baño se han analizado por las autoridades sanitarias en España y Extremadura desde la publicación de la Directiva 76/160/CEE; pero es desde 1990, tras la aprobación del RD 734/1988, de 1 de julio, por el que se establecieron normas de calidad de las aguas de baño, cuando se establece por la Consejería de Sanidad un programa sistemático de control y vigilancia sanitaria de todas las aguas y zonas de baño de Extremadura. Entonces se instauró, de entre todas las zonas de baño muestreadas, una relación de ocho zonas a la que se denominó "Censo Oficial" (incluidas en el Programa de Vigilancia Europeo), comprometiéndose, a través de la Ponencia de Sanidad Ambiental del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a mantenerlo estable salvo que perdieran su condición definitoria como zona de baño, o se tuviera la certidumbre de que una zona de baño no incluida es utilizada por un número significativo de bañistas e interese protegerla y conservarla como tal (en cuyo caso deberá incluirse en el censo oficial, modificándolo antes de cada temporada de baño). También se muestrean cada temporada otras zonas en las que se practica habitualmente el baño por un número significativo de personas.

El mencionado RD 734/1988 define:

- Temporada de baño como los periodos de tiempo en que puede preverse una afluencia importante de bañistas.
- Zonas de baño como los parajes en que se encuentran las aguas de baño, excluyendo las aguas destinadas a usos terapéuticos y las aguas de piscinas, reguladas en sus normas específicas.

- Aguas de baño son aquellas de carácter continental, marítimas, corrientes, estancadas o embalsadas y las de carácter marítimo, en las que el baño esté expresamente autorizado o, no estando prohibido, se practique habitualmente por un número importante de personas.

La calificación sanitaria de las aguas se fijó como:

- Aguas “2”: Son aquellas aguas aptas para el baño, de muy buena calidad.
- Aguas “1”: Son aguas aptas para el baño, de buena calidad.
- Aguas “0”: No aptas para el baño.

La aprobación de la Directiva 2006/7/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de febrero de 2006, relativa a la gestión de la calidad de las aguas de baño exige su incorporación al derecho interno español, por ello se ha aprobado el RD 1341/2007, de 11 de octubre, sobre la gestión de la calidad de las aguas de baño, publicado en el BOE de 26 de octubre, después de la presente temporada de baños.

A raíz de la evaluación de la calidad del agua, se clasificarán anualmente las aguas de baño, para un periodo no menor a una temporada completa, como de calidad: insuficiente, suficiente, buena y excelente.

Mediante el Programa de Vigilancia Sanitaria de las Zonas de Baño Naturales, ejecutado anualmente durante la temporada estival, se inspeccionan y analizan el 100% tanto de las zonas de baño incluidas en el censo que en su día se denominó “oficial” (datos para Europa), como de aquellas zonas no declaradas como oficiales, en las que se establece la frecuencia basándose en la afluencia de bañistas y el riesgo que potencialmente pudieran representar sobre éstos. Todas ellas se muestrean y son analizadas siguiendo la normativa vigente.

La mayor parte de los incumplimientos a la normativa vigente detectados se deben a alteraciones en parámetros microbiológicos que, en ocasiones, pueden indicar la existencia de vertidos de aguas residuales, bien directamente a las corrientes fluviales o por no haber sido debidamente tratadas en una estación depuradora de las mismas.

De los parámetros físico-químicos, son el oxígeno disuelto y el pH, los que con mayor frecuencia incumplen los valores establecidos. Esto revela contaminación por desechos orgánicos y por exceso de algas, y ratifica la necesidad de controlar los vertidos a las cuencas fluviales, sobre todo aguas arriba a la ubicación de las zonas de baño.

CAPÍTULO

Los incumplimientos detectados son comunicados a los ayuntamientos para que éstos procedan a informar a la población, así como llevar a cabo las medidas correctoras que se precisen con el fin de garantizar la calidad de nuestras aguas de baño.

La evolución sanitaria de las ocho zonas de baño que constan en el “Censo Oficial” se refleja en la Tabla 6.4.

Tabla 6.4

Evolución sanitaria de las ocho zonas de baño incluidas en el Programa Europeo de Vigilancia. Extremadura. 2005-2007

Zonas de baño	Verano 2005	Verano 2006	Verano 2007
Embalse del Zújar, en Castuera	2	2	2
Río Guadiana, en Medellín	1	1	1
Embalse Romano de Proserpina, en Mérida	2	2	1
Embalse de Orellana, en Orellana	2	1	1
Río Acebo, en Acebo	1	1	0
Garganta Pedro Chate, en Jaraíz de la Vera	1	0	0
Garganta de Cuartos, en Losar de la Vera	1	1	1
Río Jerte, en Plasencia	1	1	1

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

6.3 PISCINAS DE USO COLECTIVO

El agua de las piscinas, si no está en adecuadas condiciones, es un vehículo de transmisión de enfermedades. Los riesgos sanitarios asociados a su utilización pueden agruparse en: riesgos de tipo microbiológico y riesgos de tipo químico.

A los efectos de la normativa reglamentaria y de los programas de control sanitario, las piscinas de uso colectivo son establecimientos de pública concurrencia, formados por un conjunto de construcciones e instalaciones. Poseen uno o varios vasos destinados al baño colectivo. La regulación nacional de las piscinas data de 1960 y 1961.

En Extremadura, la normativa autonómica se recoge en el Decreto 54/2002, de 30 de abril, por el que se aprueba el Reglamento Sanitario de Piscinas de Uso Colectivo de la CAE (DOE 7 de mayo), modificado por Decreto 38/2004, de 5 abril. Este Reglamento se ha regulado mediante dos Órdenes de la CSD:

CAPÍTULO

- Orden de 24 de junio de 2002, por la que se aprueba el modelo de solicitud de inscripción en el registro de piscinas de uso colectivo de Extremadura, el modelo de Libro Oficial de Registro de Piscinas, se regula la dotación mínima de los botiquines de urgencia así como los modelos de partes de asistencia sanitaria o de derivación a centros sanitarios y el Registro de Asistencias Sanitarias.
- Orden de 26 de octubre de 2005, por la que se establecen los criterios para la obtención del carné de responsable de mantenimiento de piscinas de uso colectivo, expedido por la Junta de Extremadura.

Para conseguir reducir al máximo el riesgo que pudieran representar las piscinas de uso colectivo para la salud de los bañistas (tanto el agua del vaso como sus instalaciones), se desarrollan sistemas de autocontrol en estos establecimientos, así como actuaciones de vigilancia y control por parte de las autoridades sanitarias competentes.

El Registro Sanitario de Piscinas de Uso Colectivo permite la inscripción tanto de los establecimientos como de las empresas de mantenimiento autorizadas. La aplicación informática desarrollada facilita el control y seguimiento de la calidad sanitaria de las mismas. El número de piscinas inscritas en dicho Registro asciende en 2008 a 633.

Para valorar el nivel de calidad del agua de baño, los servicios de inspección se basan en los registros de autocontrol llevados a cabo por el titular de la piscina, así como en inspecciones visuales y determinaciones “in situ”. Asimismo, dentro del marco del Programa de Vigilancia de Piscinas de Uso Colectivo que se desarrolla anualmente en Extremadura, se analizan en dos laboratorios propios, ubicados en las dos capitales de provincia, distintos parámetros físico-químicos y microbiológicos de muestras de agua tomadas en un número representativo de piscinas,

El Reglamento de Piscinas de Uso Colectivo reguló las condiciones que deben tener las instalaciones de las mismas. El control de la adecuación de las instalaciones trata de minimizar los riesgos sanitarios y de seguridad. Durante 2007 se muestrearon el 59,1% de las piscinas existentes, encontrando deficiencias en el 9% de las muestras analizadas. Las principales deficiencias encontradas fueron la falta de adecuación estructural (local, aseos, vestuarios, pendientes de los vasos, dosificadores, etc.) y la falta de socorrista, siendo así mismo las causas más frecuentes de la tramitación de expedientes sancionadores. Tabla 6.5.

Durante 2007, las Unidades de Procedimiento Sancionador incoaron un total de 43 expedientes sancionadores, con un descenso significativo respecto a 2006.

CAPÍTULO

Tabla 6.5 Control Oficial de instalaciones de piscinas de uso colectivo. Extremadura. 2005-2007

	2005	2006	2007
Nº de piscinas existentes	568	595	619
Nº de piscinas controladas	495	549	590
Nº de inspecciones totales	3.391	4.548	4.869
Nº total de tomas de muestra	309	316	368
Nº de piscinas con autocontroles incorrectos	76	101	199
Nº de piscinas con deficiencia	203	188	249
Nº de propuestas con expediente sancionador	48	70	43
Nº de propuestas con cese cautelar	3	9	22

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

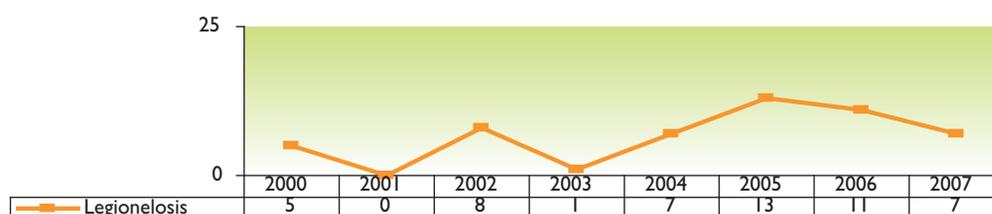
6.4 PREVENCIÓN DE LA LEGIONELOSIS

La legionelosis es una enfermedad bacteriana del aparato respiratorio asociada a instalaciones que utilizan agua en su funcionamiento con formación de aerosoles. Estas instalaciones deben estar bien diseñadas y contar con un adecuado mantenimiento. Son instalaciones de riesgo las instalaciones de agua sanitaria fría o caliente, o que presentan recodos o zonas estancas donde abundan los “biofilm”, en los que se multiplican protozoos que facilitan el crecimiento de las bacterias Legionellas. Así mismo son instalaciones de riesgo las torres de refrigeración por agua y condensadores evaporativos, los humectadores, fundamentalmente instalados en lugares públicos, así como las instalaciones de prevención de incendios. También se han asociado algunos brotes de legionelosis con fuentes ornamentales que recirculaban el agua y estaban inadecuadamente mantenidas.

Es importante tener en cuenta el riesgo existente en las piscinas de uso colectivo, fundamentalmente en las climatizadas, los parques acuáticos, jacuzzis, balnearios terapéuticos, o los llamados “balnearios urbanos” y spas.

En Extremadura, debido a la climatología y a la antigüedad de las instalaciones de agua sanitaria en algunos edificios, se notificaron durante el periodo 2005-2007 un total de 31 casos de legionelosis. Figura 6.1.

Figura 6.1 Evolución de las notificaciones de legionelosis. Extremadura. 2000-2007



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Dado que la bacteria se suele transmitir mediante la inhalación de aerosoles procedentes de instalaciones que utilizan agua en su funcionamiento, para su control es esencial la aplicación de medidas de prevención sanitaria.

La normativa de aplicación para la prevención de la legionelosis es:

- RD 865/2003, de 4 de julio, por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la Legionelosis (BOE nº 171 de 18 de julio).
- Orden de la Consejería de Sanidad de 11 de junio de 2001, por la que se regulan los criterios higiénico-sanitarios que deben reunir los aparatos de transferencia de masa de agua en corriente de aire y aparatos de humectación, para la prevención de la legionelosis (DOE nº 69 de 16 de junio).
- Orden SCO/317/2003, de 7 de febrero (BOE nº 44 de 20 de febrero).
- Orden de 1 de septiembre de 2003, por la que se regula el procedimiento de autorización y desarrollo de cursos, para formar al personal que realice operaciones de mantenimiento higiénico-sanitario de instalaciones de riesgo de legionelosis, en Extremadura (DOE nº 109 de 16 de septiembre)

Entre las actuaciones llevadas a cabo para la prevención y control de la legionelosis se encuentran:

1. Censado de las instalaciones de riesgo de dispersión y proliferación de Legionella (comprende aquellas de notificación obligatoria). Constituye una herramienta eficaz para ubicar, conocer e inspeccionar las instalaciones de riesgo en Extremadura. Tabla 6.6.
2. Inspección de las instalaciones censadas, constatando el grado de adecuación a la normativa vigente.
3. Toma de muestras y adopción de medidas preventivas en aquellos casos en los que se considere necesario.

Tabla 6.6 Notificaciones de instalaciones de riesgo de Legionella. Extremadura. 2001-2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Torres de refrigeración	179	86	65	39	89	7	11
Condensadores evaporativos	103	16	14	10	74	15	1
Aparatos humectadores	13	7	0	4	31	5	0
Acondicionadores evaporativos	160	5	0	0	178	10	6
Depósitos de agua sanitaria	153	67	10	5	208	77	68
Total instalaciones comunicadas	608	181	89	58	580	114	86

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

4. Actuaciones en formación de manipuladores: inspeccionando y autorizando a las entidades docentes dedicadas a impartir cursos de formación destinados a personal que realice operaciones de mantenimiento y acondicionamiento higiénico-sanitario de las instalaciones de riesgo de proliferación de la bacteria Legionella. El número de alumnos formados fue de 328 en el periodo 2004-2007 (53 en 2004, 106 en 2005, 111 en 2006 y 58 en 2007).
5. Actividades informativas a la población: se han continuado las campañas informativas sobre prevención de la legionelosis dirigidas a todos los posibles titulares de instalaciones de riesgo, comunicándoles su obligación de notificarlas oficialmente (para lo que se les facilitan los anexos oficiales) e instándoles al cumplimiento de la normativa vigente.

6.5 SEGURIDAD QUÍMICA

Se engloba dentro del concepto de seguridad química una de las principales tareas de la Salud Medioambiental, la de prevenir, reducir y controlar los riesgos derivados de esta exposición. El control sanitario de los productos químicos se dirige, sobre todo, a prevenir y limitar los efectos perjudiciales para la salud humana derivados de la exposición a corto y largo plazo de sustancias y preparados químicos peligrosos.

A partir de la “Lista Europea de Sustancias Químicas Notificadas”, se calcula que se comercializan en la UE alrededor de 100.000 sustancias químicas diferentes, de las que aproximadamente unas 30.000, siendo consideradas peligrosas, se comercializan en cantidades superiores a una tonelada/año. El Reglamento 793/93 del Consejo dio las pautas a seguir para realizar la evaluación y el control del riesgo de las sustancias existentes. Esta evaluación del riesgo medioambiental y sanitario, es un proceso largo y costoso. Los controles llevados a cabo en la actualidad no han sido efectivos y, por lo tanto, no ofrecen una protección adecuada. Durante los últimos 12 años, ni siquiera los 140 compuestos prioritarios han sido evaluados.

Por todo ello, la Comisión Europea ha aprobado el Reglamento (CE) nº 1907/2006 relativo al registro, evaluación, autorización y restricción de sustancias y preparados químicos (REACH); tiene como objetivo fundamental asegurar un elevado nivel de protección de la salud humana y el medio ambiente, a la vez que se refuerza la competitividad de la industria química europea, se fomenta la innovación y se promueve el uso de métodos alternativos para valorar las propiedades peligrosas de las sustancias químicas.

6.5.1 VIGILANCIA Y CONTROL DE PRODUCTOS QUÍMICOS

CAPÍTULO

Las actuaciones de vigilancia y control de los productos químicos se han materializado hasta el momento en dos vertientes:

- El Sistema de Intercambio Rápido de Información de Productos Químicos (SIRIPQ) englobado dentro de las actuaciones que contempla la Red Nacional de Vigilancia, Inspección y Control de Productos Químicos, dependiente de la Ponencia de Sanidad Ambiental del Consejo Interterritorial del SNS, constituye el sistema de alertas sanitarias encargado de vigilar, controlar y prevenir los riesgos derivados de la exposición a estos productos.
- Participación en programas europeos de armonización de gestión de seguridad química.

Las actuaciones de vigilancia y control de los productos químicos dentro de la Red de Alertas, realizadas por los servicios oficiales de farmacia, se debieron en su mayoría a deficiencias del etiquetado de los productos y a su indebido almacenamiento, no dando lugar, en ningún caso, a actuación del SIRIPQ.

A través de la Ponencia de Sanidad Ambiental del Consejo Interterritorial del SNS, la CAE participa en diversos programas europeos de armonización, de gestión y de intercambio de información (redes de intercambio de información o alertas). Tabla 6.7.

Tabla 6.7 Programas europeos de armonización, de gestión y de intercambio de información (redes de intercambio de información o alertas) en los que participa la CAE

Nombre	Finalidad	Utilización/inspección en:	Prevención riesgo sanitario
RED CLEEN (Red Europea de Ejecución de la Legislación Química)	Proyecto EURO-CAD. Control del Cadmio para uso industrial	Pigmento y colorante, estabilizador o aditivo de plástico, baterías Ni-Cd, soldaduras, películas fotográficas, etc.	Ingreso: vía digestiva a través de proteínas. Daños renales, óseos y hepáticos. En niños, retraso de aprendizaje y comportamiento.
Actuaciones específicas de EUROCAD en Extremadura: fabricación de materiales en contacto con los alimentos			

Fuente: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

6.5.2 USO DE PLAGUICIDAS

Determinadas sustancias están exentas de algunas partes de este reglamento europeo REACH, por estar sometidas a otras legislaciones equivalentes (por ejemplo las sustancias utilizadas en medicamentos, los aditivos alimentarios, los biocidas o los fitosanitarios).

CAPÍTULO

a) Plaguicidas no agrícolas o biocidas

Son sustancias activas y preparados que, presentados en la forma en que son suministrados al usuario, contienen una o más sustancias activas, destinadas a destruir, contrarrestar, neutralizar, impedir la acción o ejercer un control de otro tipo sobre cualquier organismo nocivo, por medios químicos o biológicos.

El RD 1054/2002, de 11 de octubre, por el que se regula el proceso de evaluación para el registro, autorización y comercialización de biocidas, ha transpuesto al ordenamiento jurídico español, la Directiva 98/8/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de febrero, relativa a la comercialización de biocidas.

En Extremadura, los locales o instalaciones donde se fabrican y/o formulan biocidas, así como los que almacenan y/o comercializan biocidas autorizados para uso profesional y las empresas de servicios biocidas, están contenidos en un registro conjunto de las Consejerías de Sanidad y Dependencia y de Agricultura y Desarrollo Rural, denominado Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Plaguicidas (ROESP), en una sección denominada de uso ambiental y de uso alimentario.

El ROESP es una herramienta de información conjunta, gestionada en la Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural. Para cada inscripción en la sección de Uso en la Industria Alimentaria y de Uso Ambiental, es preciso un informe positivo de la Autoridad Sanitaria del Gobierno Autónomo. En el año 2007, las empresas inscritas en el ROESP eran 29 establecimientos plaguicidas, 47 servicios de desinfección, desinfectación y desratización, y 27 empresas de prevención de legionelosis, y a todas ellas se les realizaron sus correspondientes inspecciones.

La formación del personal aplicador de plaguicidas biocidas se realiza a través de cursos organizados y/o supervisados por la Autoridad Sanitaria de Extremadura.

b) Plaguicidas agrícolas fitosanitarios

El uso de plaguicidas agrícolas fitosanitarios es muy importante en Extremadura, debido a la importancia económica de la agricultura. De ellos, son los herbicidas los productos más utilizados, seguidos de fungicidas, insecticidas, fitorreguladores, etc.

Durante 2007 se utilizaron más de 4.700 toneladas de productos fitosanitarios, lo que representa cerca del 5% del consumo total de España.

La formación del personal aplicador de plaguicidas fitosanitarios se realiza por el Servicio de Formación de la Consejería con competencias en Agricultura, directamente o a través de entidades colaboradoras formativas.

La detección de residuos de plaguicidas se realiza mediante el muestreo de alimentos y del agua de consumo, en el ámbito de los programas específicos de control de los mismos. Así, la utilización masiva del herbicida Simazina en el cultivo de olivar ha producido importantes contaminaciones en el agua de origen de varios abastecimientos públicos en años precedentes que, aunque de toxicidad baja, obligaron a realizar importantes inversiones infraestructurales en las ETAP.

6.6 CONTAMINACIÓN ACÚSTICA

El ruido actúa a través del sistema auditivo sobre los sistemas nerviosos central y autónomo, y sobre el sistema inmunitario. Cuando el estímulo sobrepasa determinados límites, se produce sordera y efectos patológicos en los citados sistemas. Ocasiona malestar y dificulta la atención, la comunicación, la concentración, el descanso y el sueño. Cuando el ruido es reiterado produce estrés, que desencadena trastornos psicofísicos, enfermedades cardiovasculares y alteraciones del sistema inmunitario.

En un estudio realizado por la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación, presentado al VIII Congreso Nacional de Sanidad Ambiental, se evaluó la sensibilización de los extremeños frente a la contaminación acústica, estudiando por un lado el grado de asociacionismo ciudadano y, por otro, analizando las denuncias presentadas durante dos años: ante la Comisión de Actividades Clasificadas de la Junta de Extremadura, y ante las Jefaturas de la Policía Local de diferentes localidades representativas de tres segmentos diferentes de población: 1) Ciudades entre 10.000 y 40.000 habitantes. 2) Ciudades entre 40.000 y 80.000 habitantes. 3) Las dos ciudades extremeñas mayores de 80.000 habitantes.

Durante el periodo estudiado se evidenció que:

- El grado de asociacionismo ciudadano para luchar contra la contaminación acústica es alto en comparación a la media nacional, ponderando población censada por el INE en Extremadura y en España.
- El 90% de las denuncias presentadas, por escrito, ante la Comisión de Actividades Clasificadas, encargada de informar sobre las actividades molestas, insalubres, nocivas y peligrosas, estaban relacionadas con el ruido o las vibraciones.
- La media de denuncias por molestias en general, presentadas por los ciudadanos ante las Jefaturas de las Policías Locales son aproximadamente el 12,45% de todas las denuncias presentadas, incluidos robos y actos vandálicos. De ellas, el 85% se deben a problemas relacionados con la contaminación acústica.

CAPÍTULO

- Las principales causas de denuncias y quejas ciudadanas por contaminación acústica son: por denuncias asociadas a ruidos relacionados con las concentraciones de personas y vehículos a motor (“movida”, “botellón” o convivencia entre vecinos), con el 45,8%; seguidas de los ruidos en locales de pública concurrencia (34,75%); ruidos de fuentes identificadas como compresores de climatización o ruido industrial en casco urbano (5,99%); y otros ruidos (2,21%).
- A destacar que las protestas por ruido procedente del tráfico habitual de vehículos, trenes u otros focos permanentes no se suelen denunciar a los policías locales ni a la Comisión de Actividades Clasificadas de la Junta de Extremadura.
- También es importante señalar que las Inspecciones Técnicas de Vehículos no controlan de forma sistemática las emisiones de ruido. Además, los ciclomotores no son sometidos a este tipo de mediciones.

6.7 CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA

La mejora de la calidad del aire ambiente es una de las líneas prioritarias del sexto Programa de Acción de la Unión Europea en materia de medio ambiente.

El desarrollo normativo sobre vigilancia de la calidad del aire en España consiste en tres Reales Decretos: RD 1073/2002, de 18 de octubre, sobre evaluación y gestión de la calidad del aire ambiente en relación con el dióxido de azufre, dióxido de nitrógeno, óxidos de nitrógeno, partículas, plomo, benceno y monóxido de carbono (BOE nº 260, de 30/10/2002); RD 1796/2003, de 26 de diciembre, relativo al ozono en el aire ambiente (BOE del 13/01/2004); y RD 812/2007, de 22 de junio, sobre evaluación y gestión del aire ambiente en relación con el arsénico, el cadmio, el mercurio, el níquel y los hidrocarburos aromáticos policíclicos (BOE del 23/06/2007).

Recientemente se han aprobado la nueva Ley 34/2007, de 15 de noviembre, de calidad del aire y protección de la atmósfera (BOE del 16/11/2007), y la Directiva 2008/50/CE, de 21 de mayo, relativa a la calidad del aire ambiente y a una atmósfera más limpia en Europa (DOCE del 11/06/2008).

La Red Extremeña de Protección e Investigación de la Calidad del Aire (REPICA), dispone de cinco unidades de medida fijas instaladas respectivamente en Monfragüe, Cáceres, Badajoz, Mérida y Zafra. Así mismo, dispone de dos unidades móviles que analizan el aire de diversos puntos de la CAE mediante una planificación de la Dirección General de Medio Ambiente o por requerimiento de los ayuntamientos o colectivos ciudadanos.

Los parámetros analizados y utilizados para la calificación de la calidad del aire, medidos diariamente, son:

- SO₂ (dióxido de azufre). Media de 24 horas en microgramos por metro cúbico.
- PM10 (partículas en suspensión de menos de 10 micrómetros). Media de 24 horas en microgramos por metro cúbico. Además, se analiza su contenido en metales pesados e hidrocarburos aromáticos policíclicos.
- NO₂ (óxidos de nitrógeno). Media horaria máxima en microgramos por metro cúbico.
- CO (monóxido de carbono). Media móvil máxima de 8 horas en miligramos por metro cúbico.
- O₃ (ozono). Media horaria máxima en microgramos por metro cúbico.
- Compuestos orgánicos volátiles (benceno, tolueno, xileno, metano e hidrocarburos no metánicos).
- Parámetros meteorológicos (temperatura, velocidad y dirección del viento, radiación solar, presión atmosférica, lluvia y humedad relativa).

La asignación de categorías de calidad del aire se estima diariamente para los cinco contaminantes principales en cada punto de la red, en función de los valores límite de concentración recogidos en las normativas vigentes. El cálculo del índice de calidad se efectúa por interpolación lineal dentro de cada tramo de concentraciones. Tabla 6.8.

Tabla 6.8 Categorías de calidad del aire según REPICA

Calidad	SO ₂	PM10	NO ₂	CO	O ₃	Índice de calidad
Óptima	0 - 63	0 - 25	0 - 125	0 - 5	0 - 90	0 - 50
Admisible	63 - 125	25 - 50	125 - 250	5-10	90 - 180	50 - 100
Pobre	125 - 188	50 - 75	250 - 375	10-15	180 - 240	100 - 150
Muy pobre	> 188	> 75	> 375	> 15	> 240	> 150

Fuente: Universidad de Extremadura.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

En Extremadura gozamos de un nivel de calidad del aire muy bueno para los parámetros utilizados, si bien se han de tener en cuenta ciertos episodios de partículas en suspensión de origen africano. Igualmente, en los meses de verano se producen niveles de ozono troposférico, debido a la gran radiación solar y a la presencia de contaminantes transportados de otras latitudes y por compuestos orgánicos volátiles de origen natural. El nivel de contaminantes de las tres ciudades principales (Badajoz, Cáceres y Mérida) se informa en tiempo real mediante paneles informativos situados en estas ciudades.

CAPÍTULO

En Extremadura se han elaborado mapas de riesgo en función de los contaminantes. Además del convenio con la Universidad de Extremadura para el seguimiento de REPICA, se han realizado dos convenios para la medición de radiación ultravioleta.

Sin embargo, en Extremadura aún no se ha puesto en marcha una red oficial de medición palinológica, necesaria por la alta incidencia y prevalencia de las afecciones alérgicas. No obstante, el Grupo de Investigación AEROUX de la Universidad de Extremadura, mantiene una página de información aerobiológica basada en medidas experimentales continuas con captadores de polen en la ciudad de Badajoz desde 1993. Su dirección web es www.unex.es/botanica/polen/aerouex.htm. Por otro lado, existen dos estaciones ubicadas en los Hospitales Infanta Cristina de Badajoz y Nuestra Señora de la Montaña en Cáceres, gestionadas por las Secciones de Alergología de ambas Áreas Sanitarias, que suministran información de las concentraciones diarias atmosféricas de pólenes y esporas fúngicas a través de la página www.polenes.com, vinculada al Comité de Aerobiología de la Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica.

6.8 CONTAMINANTES RADIOLÓGICOS

En Extremadura, la protección radiológica de la población se encuentra vertebrada en dos áreas de intervención diferentes:

I. Vigilancia del riesgo derivado de las instalaciones y actividades relacionadas con la producción de energía eléctrica, así como detección de la radiactividad natural. La Red de Alerta Radiológica de Extremadura, de la Dirección General de Evaluación y Calidad Ambiental de la Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente, proporciona información en tiempo real sobre los niveles de tasa de dosis radiactivas, que recibe la población y el medio ambiente de Extremadura, contando con:

- 16 estaciones de muestreo en continuo de parámetros radiológicos en el territorio de la CAE, 9 de ellas emplazadas en el entorno de la Central Nuclear de Almaraz, de las cuales 2 se sitúan sobre el río Tajo, aguas arriba y abajo de la instalación nuclear; y asociadas dos estaciones meteorológicas en dirección a vientos contrarios y vientos dominantes, que proporcionan información de velocidad del viento, dirección, temperatura, presión, humedad relativa, lluvia y radiación, y permiten cualificar y modelizar hipotéticas evacuaciones gaseosas.
- El centro logístico, ubicado en Cáceres (Universidad de Extremadura).
- El centro de decisión, ubicado en Mérida (Junta de Extremadura).
- Una Unidad Móvil de Emergencia, blindada a radiaciones ionizantes α y β , y dotada con equipos de dosimetría y comunicaciones GSN y vía satélite.

Esta Red de Alerta Radiológica de Extremadura, operada por el Departamento de Física Aplicada de la Universidad de Extremadura en Cáceres, está conectada con la Sala de Emergencias del Consejo de Seguridad Nuclear y con la Comisión Europea a través de EURDEP (European Radiological Data Exchange Platform, plataforma de intercambio de datos radiológicos de la Unión Europea), perteneciente a TREN H4 (Tratado EURATOM Unidad H4).

2. Vigilancia de las radiaciones ionizantes procedentes de equipos y aparatos utilizados con fines diagnósticos, terapéuticos o de investigación. A tal fin existe un registro en la Dirección General de Ordenación Industrial, Energía y Minas, quien autoriza, tras el estudio de la documentación técnica, las instalaciones de rayos X con fines diagnósticos.

La Universidad de Extremadura cuenta en Badajoz con un Servicio de Protección Radiológica, autorizado por el Consejo de Seguridad Nuclear, que ofrece una completa cartera de servicios, realizando informes técnicos, tanto para el registro de instalaciones, como destinados al Consejo de Seguridad Nuclear. Así mismo, realiza la vigilancia radiológica de áreas diagnóstico-terapéuticas o de trabajo en general, control de calidad, calibración y verificación de equipos, e incluso adquisición de material radioactivo y gestión de residuos.

El Departamento de Física Aplicada de la Universidad de Extremadura en Cáceres, dispone de un Laboratorio de Radiactividad Ambiental, consorciado con la Dirección General de Evaluación y Calidad Ambiental de la Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente, y el Consejo de Seguridad Nuclear, que se encuentra acreditado por AENAC para la realización de “análisis de radiactividad en muestras de aguas de consumo”.

6.9 RESIDUOS URBANOS

En la actualidad, todos los residuos urbanos que se generan en nuestras poblaciones van a vertederos sanitariamente controlados. La única excepción es un pequeño porcentaje de vertidos ilegales realizados por particulares.

En estos momentos se encuentra en vigor el Plan Director de Gestión Integral de Residuos, por el que se define en su totalidad la gestión controlada de los mismos, dando cumplimiento a la Ley 10/1998 de residuos, Ley 11/1997 de envases, y al RD 1.481/2001 de vertederos.

CAPÍTULO

6.9.1 RESIDUOS PELIGROSOS

En la actualidad existen un total de 102 gestores de residuos peligrosos en Extremadura (39 de ellos con sede fuera de la Comunidad Autónoma), encargados en su mayor parte de la recogida y transporte, así como del almacenamiento (4) y eliminación (2); y 32 centros autorizados para el tratamiento de vehículos al final de su vida útil (CAT), 13 en la provincia de Cáceres y 19 en la de Badajoz.

En el año 2006 se recogieron un total de 37.037.610 kg de residuos peligrosos, lo que supone una variación del 12,38% con respecto al año anterior. Tabla 6.9.

Tabla 6.9

Recogida de residuos peligrosos. Extremadura. 2004-2006

Lista europea de residuos	2004	2005	2006	%*
01 Minas y canteras	0,00	0,00	0,00	0,00
02 Agricultura y elaboración de alimentos	0,60	2,00	1,60	-20,04
03 Maderas, papel y cartón	0,50	0,00	0,00	0,00
04 Cuero, piel y textil	0,00	0,00	0,00	0,00
05 Petróleo, gas y carbón	8,30	72,60	0,20	-99,68
06 Procesos químicos inorgánicos	367,00	379,60	259,10	-31,73
07 Procesos químicos orgánicos	174,90	105,20	51,50	-51,00
08 Pinturas, adhesivos, sellantes y tintas	50,40	36,70	61,20	66,39
09 Industria fotográfica	326,40	220,10	268,50	22,01
10 Procesos térmicos	15.174,50	20.726,90	21.438,70	3,43
11 Recubrimiento de metales e hidrometalurgia no férrea	1.952,90	2.716,00	5.150,20	89,62
12 Tratamiento de metales y plásticos	9,40	97,90	562,80	474,56
13 Aceites y combustibles líquidos	4.078,20	4.185,30	4.401,60	5,17
14 Disolventes orgánicos	60,50	64,80	101,70	56,82
15 Envases de recogida selectiva municipal y absorbentes	420,80	357,40	532,50	48,91
16 No especificados y vehículos de desguace y sus componentes	1.488,10	2.267,40	2.490,30	9,83
17 Construcción y demolición	25,00	227,70	536,60	135,62
18 Servicios médicos y veterinarios	931,20	1.219,80	1.080,90	-11,38
19 Tratamiento de residuos y aguas residuales	67,70	211,30	40,60	-80,77
20 Residuos municipales	16,40	66,70	59,10	-11,40
Total de kg	24.819,30	32.958,40	37.037,60	12,38

*Variación en porcentaje del 2006 con respecto a 2005.

Fuente: Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

6.10 RED EXTREMEÑA DE CIUDADES SALUDABLES Y SOSTENIBLES

Creada en mayo de 2002, al firmar los primeros convenios de colaboración entre la Administración Autónoma (a través de la Consejería de Sanidad) con los ayuntamientos de cuatro municipios y con una mancomunidad formada por cuatro pequeñas localidades. Este primer convenio de colaboración supuso el inicio de la Red, aunque sin otra estructura jurídica.

Según los convenios anuales suscritos hasta la fecha, las entidades locales firmantes (ayuntamientos o mancomunidades), se comprometen a trabajar fundamentalmente en el ámbito de la protección de la salud a través de diferentes proyectos. Para ello, se responsabilizan de contratar a un responsable de la Red, generalmente con titulación de grado superior, quien elabora un “diagnóstico de salud” del municipio o mancomunidad cada cinco años (revisable anualmente mediante una serie de indicadores previamente establecidos), así como de la gestión de los proyectos a acometer.

La Junta de Extremadura aporta una cuantía económica anual, con cargo a sus presupuestos, y realiza una evaluación anual de las actividades y cumplimiento de los objetivos marcados mediante un informe remitido cada año por las entidades subsidiadas por este programa.

Actualmente la red está formada por 20 entidades (doce municipios y ocho mancomunidades), para un total de 118 localidades. Tabla 6.10.

Tabla 6.10 Distribución de entidades firmantes del Convenio de Ciudades Saludables y Sostenibles. Extremadura. 2008

Ayuntamientos	Mancomunidades
Almendralejo	M. Emiliano Alvarez Carballo (M. de servicios sociales)
Arroyo de la Luz	M. Sierra de Montánchez (Manc. integral)
Ceclavín	M. Montijo y Comarca (Manc. de aguas)
Coria	M. Olivenza (Manc. integral)
Fuenlabrada de los Montes	M. de la Serena
Herrera del Duque	M. Sierra de San Pedro
Jaraíz de la Vera	M. Vegas Altas
Medina de las Torres	M. Las Villuercas, Ibores, La Jara (Manc. integral)
Miajadas	
Plasencia	
Talayuela	
Villafranca de los Barros	
Total: 118 localidades	

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

7. SEGURIDAD ALIMENTARIA

7.1 TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS

Durante el año 2006, se notificaron a la Red de Vigilancia Epidemiológica de Extremadura 38 brotes de toxiinfección alimentaria (2 o más casos en los que se observa una relación entre la aparición de dicha toxiinfección con la ingesta de un alimento o bebida común). La mayoría de los brotes aparecen durante los meses de primavera-verano (en los meses de mayo, junio, julio y septiembre), siendo la mayoría de los brotes de tipo colectivo. Tabla 7.1.

Tabla 7.1

Evolución del número y distribución porcentual de brotes de toxiinfección alimentaria notificados a la Red de Vigilancia Epidemiológica de Extremadura. 2000-2005

Tipo brote	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	Nº	%	%	Nº	%	Nº	%
Familiar	5	33,33	1	14,29	3	20	7	18,42	6	15,38	6	19,35
Colectivo	10	66,67	6	85,71	12	80	15	39,47	26	66,67	19	61,29
Diseminado	0		0		0		5	13,16	4	10,26	5	16,13
Desconocido	0		0		0		11	28,95	3	7,69	1	3,23
Total de brotes	15		7		15		38		39		31	
Nº de afectados	329		151		318		826		668		436	

Fuente: CSD. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El área de salud con mayor porcentaje de brotes de toxiinfección alimentaria fue Cáceres (28,95%), seguida de Badajoz (26,32%). Las áreas con menor porcentaje fueron Plasencia, Navalmoral de la Mata, Mérida y Coria (5,26%).

El número total de personas afectadas fue de 8.116, con una media de 20,92 enfermos por brote. Del total de pacientes afectados, el 4,92% de hombres y el 2,34% de mujeres requirió hospitalización, pero no hubo que lamentar ninguna defunción.

En cuanto a la sintomatología presentada, el síntoma más frecuente en los brotes colectivos fue la diarrea (57,89%), seguido del dolor abdominal y la fiebre (44,74%). En los brotes familiares, el dolor abdominal fue el más frecuente (47,37%). En ninguno de los brotes se presentaron síntomas cardiovasculares o neurológicos.

En la mayoría de los casos no se consiguió identificar el agente causal (34,21%), aunque en el 21,05% de los casos se aisló la *Salmonella* spp.

Según el alimento implicado, los huevos fueron el vehículo de transmisión que más toxiinfecciones causó (18,42%), seguido de los postres (10,53%) y de carnes, pescados y agua (5,26% cada uno); sin embargo, el vehículo de transmisión fue desconocido en el 42,11% de los brotes.

Se desconocía el método de comercialización en el 65,79% de los casos; en el 28,95% el alimento no llevaba embalaje, frente al 5,26% que sí lo llevaba.

En referencia a la forma de servirlos e ingerirlos, los alimentos calentados aparecían en el 21,05% de las toxiinfecciones alimentarias, seguidos de los alimentos crudos en el 13,16%, y de los recalentados y despachados en termóforos, ambos en el 2,63% de los brotes. Se desconocía la forma de servir los alimentos en el 60,53% del total.

En el 40% de los brotes se desconocían los factores que habían contribuido a la transmisión de la toxiinfección alimentaria; en los casos en que se conocían dichos factores, estos fueron: uso de utensilios contaminados (11%), seguido del mantenimiento inadecuado de la comida caliente (9%), la preparación de la comida con mucha antelación al consumo (9%) y la obtención de alimentos de una fuente (7%).

7.2 ALERTAS ALIMENTARIAS

7.2.1 SISTEMA COORDINADO DE INTERCAMBIO RÁPIDO DE INFORMACIÓN (SCIRI)

El SCIRI es un sistema que funciona en forma de red, y que permite mantener una constante vigilancia frente a cualquier riesgo o incidencia relacionada con los alimentos que pueda afectar a la salud de los consumidores.

El objetivo principal de este sistema es ofrecer garantías de que los productos alimenticios destinados a los consumidores son seguros y no presentan riesgos para la salud. Para conseguir este objetivo, la base primordial es el intercambio rápido de información entre las distintas Autoridades competentes, de manera que facilite y permita la actuación frente a los riesgos asociados a los productos alimenticios con repercusión directa en la salud de los consumidores.

El marco legal de base del SCIRI es el Reglamento (CE) 178/2002, de 28 de enero, por el que se establecen los principios y requisitos generales de la legislación alimentaria, se crea la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria y se fijan los procedimientos relativos a la seguridad alimentaria.

CAPÍTULO

En el SCIRI, además de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) que ostenta la responsabilidad de coordinar esta red a escala nacional, participan como puntos de contacto:

- Las autoridades competentes en materia de seguridad alimentaria de las CCAA.
- La Inspección General de Sanidad del Ministerio de Defensa.
- La Comisión Europea.
- La Federación Española de Industrias Alimentarias y Bebidas (FIAB) para el ámbito del mercado interior.
- La Asociación Nacional de Grandes Empresas de Distribución (ANGED), junto a la Asociación Española de Distribución, Autoservicios y Supermercados (ASEDAS).
- La Subdirección General de Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad y Consumo, para las notificaciones de riesgos relacionados con la importación de productos alimenticios procedentes de países terceros.

Las notificaciones sobre productos alimenticios se gestionan en tres niveles: alertas, informaciones y rechazo. Los criterios seguidos para encuadrar una notificación en un nivel u otro son: las características del riesgo vinculado al producto alimenticio, el origen del producto alimenticio involucrado, y la distribución del producto involucrado.

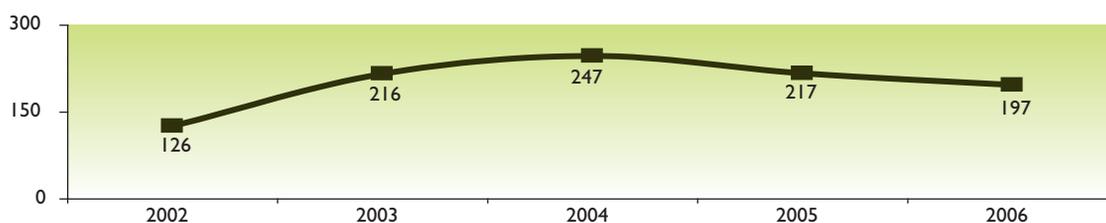
7.2.2 RESULTADOS DEL SCIRI

A lo largo de 2006, se han gestionado a través del SCIRI un total de 1.516 notificaciones de alerta/información relativas a productos alimenticios, de las cuáles 1.319 corresponden a informaciones y 197 a alertas.

Al observar la evolución del sistema en los últimos años, comprobamos que hasta 2004 se incrementó el número de notificaciones de alerta, iniciándose un descenso en 2005 que se ha mantenido durante 2006. Figura 7.1.

Figura 7.1

Evolución del número de alertas relativas a productos alimenticios a través del SCIRI. Extremadura. 2002-2006



Fuente: CSD. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Dentro de las notificaciones clasificadas como “alerta” con respecto al país de origen de los productos notificados, el 85% es comunitario (la mayoría de ellos procedentes de España) y el 15% de terceros países.

Respecto al tipo de productos involucrados, del total de 197 notificaciones de alerta:

- El 58% fueron productos de origen animal (51 notificaciones de pescados y mariscos, 29 de carnes y derivados, 23 de moluscos vivos, 7 de leche y derivados, 1 de aves y 1 de huevos y derivados).
- El 35% fueron productos de origen vegetal (17 notificaciones de cereales, harinas y derivados; 13 de hortalizas y verduras; 12 de frutas y derivados; 9 de condimentos y especias; 5 de edulcorantes naturales; 5 de alimentos estimulantes; 2 de grasas comestibles; y 1 de alimentos infantiles).
- El 3% fueron productos mixtos (notificaciones de aperitivos, postre al cacao, Doner Kebab, lasaña congelada, platos preparados y otros).
- El 6% fueron otros productos alimenticios (7 notificaciones de materiales en contacto con alimentos; 3 de hielo y agua; y 1 de preparados alimenticios con fines médicos).

Con respecto a los riesgos detectados en las notificaciones de alerta:

- El 54% fueron de riesgo químico (continuando la tendencia de años anteriores, que fue bastante superior al resto de riesgos). Se gestionaron 107 notificaciones, cuyas causas más frecuentes fueron: metales pesados (20%); toxinas de origen fúngico (16%); aditivos por encima de los límites fijados (15%); pesticidas por encima de los límites fijados (13%); monóxido de carbono (7%); migraciones (7%); pesticidas no autorizados (6%); y en menor medida, por dioxinas, cloro o sustancias prohibidas.
- El 24% fueron de riesgo biológico. Se produjeron 48 incidencias, causadas por Salmonella (44%), biotoxinas marinas (31%), E. coli (17%) y, en menor medida, por levaduras, listeria, estafilococos y virus.
- El 11% fueron de riesgo físico. Se gestionaron 22 comunicaciones, cuyas causas fueron: alteraciones organolépticas (27%), cuerpos extraños (27%), deterioro (14%), presencia de larvas/insectos (14%), riesgo de asfixia (9%), coagulación (5%) y presencia de semillas tóxicas (5%).
- El 10% fueron por otros riesgos. Se gestionaron 20 incidencias: el 35% por defectos de etiquetado, el 30% por intoxicaciones alimentarias, el 15% por comercialización ilegal, el 5% por importación ilegal y el 15% por otras causas.

CAPÍTULO**7.3 VIGILANCIA Y CONTROL DE AGUAS DE BEBIDA ENVASADAS**

El RD 1074/2002, de 18 de octubre, regula el agua de bebida envasada y fija las normas de manipulación, elaboración, circulación y comercialización de este tipo de productos de consumo generalizado que deben cumplimentar todos los industriales, comerciantes y, en su caso, importadores de aguas de bebida envasadas.

Están excluidas del ámbito de aplicación de esta disposición, las aguas que por sus propiedades medicamentosas permanezcan reguladas por la correspondiente normativa específica, así como las distribuidas mediante red de abastecimiento público y las procedentes de este origen que sean envasadas (conforme a la normativa que regula los materiales en contacto con alimentos), de forma coyuntural para su distribución domiciliaria y gratuita, con el único objetivo de suplir ausencias o insuficiencias accidentales de la red pública.

Las aguas de bebidas envasadas, en ningún caso pueden: sugerir acciones fisiológicas específicas o inducir a error respecto de su origen; crear confusión con un agua mineral natural, en particular, la mención “agua mineral”, la palabra “mineral”, o las derivadas de la misma; y/o atribuir a cualquiera de estas aguas propiedades de prevención, tratamiento o curación de una enfermedad humana.

7.3.1 INSPECCIONES

Las autoridades competentes en materia de inspecciones deben establecer los controles periódicos que procedan con objeto de velar por el cumplimiento de lo dispuesto en esta disposición y, especialmente, los relativos a comprobar si las aguas se ajustan y cumplen las estipulaciones establecidas referentes a la prevención de contaminaciones; en particular, las relativas a los autocontroles y a lo dispuesto en la normativa citada anteriormente, y sobre las aguas que proceden de fuentes o manantiales cuya explotación haya sido autorizada.

La vigilancia y el control del agua de las industrias de bebidas envasadas debe cumplir la normativa (sin perjuicio de lo dispuesto en el Reglamento (CE) 852/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril de 2004), en lo relativo a la higiene de los productos alimenticios y a los requisitos higiénicos generales referidos a: instalaciones y equipos, locales, higiene del personal, transporte, envasado y embalaje.

7.3.2 RESULTADOS

CAPÍTULO

La vigilancia y control de las aguas de bebida envasada es realizada en Extremadura por facultativos sanitarios farmacéuticos, mediante visitas de inspección al manantial, a la industria envasadora y a los almacenes de distribución.

En ocasiones puede ser necesario el levantamiento de actas informativas (para que se subsanen las deficiencias menores), o incluso el levantamiento de actas positivas (porque no se proporcione la información necesaria que requiera el inspector actuante ajustándose a la normativa vigente, o porque haya que realizar toma de muestras de agua para la detección de anomalías en los parámetros analizados), enviándose a procedimiento sancionador en caso de que no se subsanen las anomalías o persistan las deficiencias menores encontradas.

El control sanitario en las visitas de inspección a los manantiales extremeños se realiza atendiendo a la vigilancia y control del acuífero o surgencia del manantial mediante: el análisis periódico de las características del agua y la vigilancia del perímetro de protección (responsabilidad del titular del acuífero, para proteger el agua en cantidad y calidad, por lo que se deben impedir en su interior trabajos o actividades que pudieran perjudicar a éste o a su normal aprovechamiento).

Durante 2006 se realizaron en la CAE una serie de actuaciones o inspecciones para la vigilancia y control de aguas de bebidas envasadas, entre las que se encuentran: 40 visitas a manantial, 11 muestras tomadas del propio manantial y 39 muestras reglamentarias del agua envasada.

7.4 INVESTIGACIÓN DE AGENTES ZONÓTICOS

Las zoonosis son aquellas enfermedades que se transmiten de los animales vertebrados al hombre, y viceversa. Los mecanismos de transmisión son muy variados y, en ocasiones, complejos. Actualmente hay descritas cerca de 200 enfermedades zoonóticas que el ser humano puede padecer.

Entre las actividades de veterinaria de salud pública se incluye la aplicación de técnicas, conocimientos y recursos para la protección y mejora de la salud humana.

Por todo ello, la vigilancia, la prevención y la lucha contra las zoonosis es uno de los objetivos principales en el ámbito de la Salud Pública.

CAPÍTULO

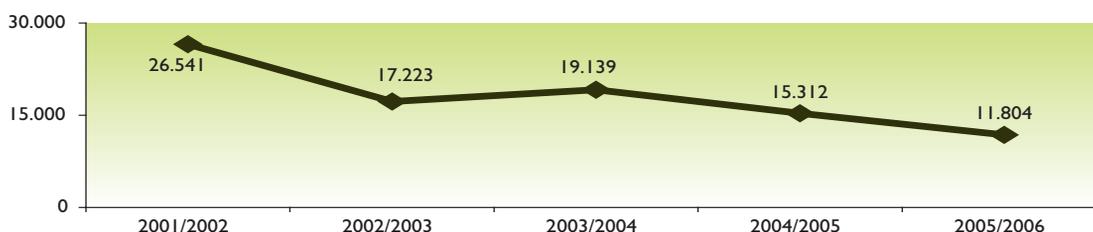
7.4.1 MATANZAS DOMICILIARIAS

Las matanzas domiciliarias tienen una gran tradición en Extremadura, y aunque esta práctica ha ido perdiendo la importancia que tuvo en épocas anteriores, sigue teniendo arraigo, sobre todo en las áreas rurales. Los Servicios Veterinarios Oficiales realizan inspección *post-mortem* y reconocimiento triquinoscópico de los animales sacrificados en las matanzas domiciliarias, evitando la transmisión de enfermedades zoonóticas y supervisando la destrucción de los despojos, residuos y decomisos.

En la campaña 2005/06 se celebraron 11.804 matanzas domiciliarias en Extremadura, sumando un total de 22.769 cerdos sacrificados, lo que supone una media cercana a los dos sacrificios por matanza (1,93). Si se comparan estos datos con los de la campaña anterior (2004/05), se observa un marcado descenso (cercano al 22%), tanto en el número de matanzas como en el de sacrificios. El descenso producido entre la última campaña y la 2001/02 es del 55,5%, lo que supone un descenso anual medio del 13,9%. Figura 7.2.

Figura 7.2

Evolución del número de matanzas domiciliarias de cerdos. Extremadura. Temporadas 2001/2002 - 2005/2006



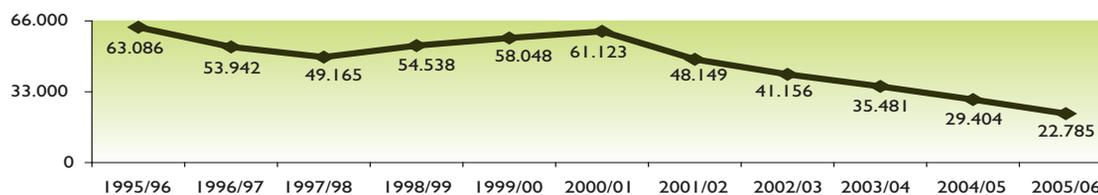
Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

En cuanto al número de animales sacrificados desde la campaña 2001/02, el descenso es del 52,7% (13,2% anual). Si se toma desde 1995/96, los sacrificios han descendido un 63,9% (cerca de dos tercios). Figura 7.3.

Figura 7.3

Evolución del número de cerdos sacrificados en matanzas domiciliarias. Extremadura. Temporadas 1995/1996 - 2005/2006



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El mes con mayor incidencia de la campaña 2005/2006 fue diciembre (5.997 matanzas y 10.837 cerdos sacrificados), seguido de enero. Entre ambos suman el 84,7% de las matanzas. La campaña abarca los meses comprendidos entre noviembre y marzo, aunque excepcionalmente se autorizan algunas matanzas fuera de ese periodo.

Respecto a los decomisos de animales, se pueden distinguir:

- **Decomiso parcial:** durante la campaña 2005/2006 se ha realizado algún decomiso parcial en 2.963 cerdos, el 13% de los sacrificados, lo que supone un aumento del 35% con respecto a la campaña anterior (2.319 piezas decomisadas), y un descenso del 34% comparada con la temporada 2003/2004 (3.250 piezas).
Las causas de decomiso parcial más frecuentes fueron: causas no especificadas (1.532 piezas), seguida de procesos neumónicos (principalmente neumonía enzoótica porcina, con 661 piezas), hidatidosis (432), hemorragia (88), cisticercosis (79), ascaridiasis (54), brucelosis (35), parasitosis no generalizadas (32), inflamación (26), abscesos (11), tumoración (6), rinitis atrófica (2), piemia (2), estreptococias (1), enteritis (1) y otras parasitosis generalizadas (1).
- **Decomiso total:** durante la campaña 2005/2006 se decomisaron totalmente 22 cerdos (8 menos que en la campaña anterior y 6 más que en la 2003/2004).
Las causas de decomisos totales fueron: tuberculosis (9), piemia (3), no especificadas (3), hidatidosis (2), y abscesos, deterioro general, estreptococias, mal rojo y triquinelosis (con un caso cada una).

7.4.2 ACTIVIDADES CINEGÉTICAS

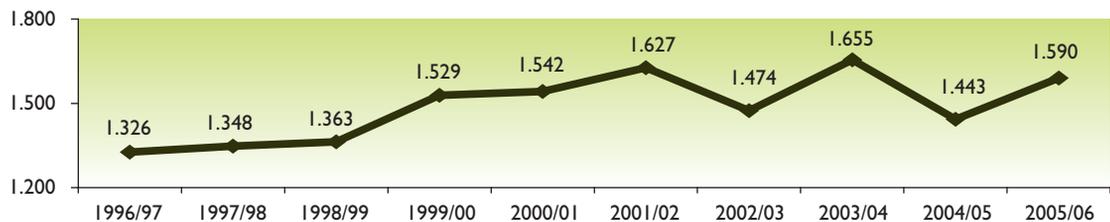
En las actividades cinegéticas se produce gran cantidad de carne de caza silvestre susceptible de consumo humano, por lo que es una fuente potencial de transmisión de múltiples patologías para el hombre. El control sanitario es obligatorio para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas o parasitarias, y así poder garantizar la protección y seguridad de los usuarios.

La fuente de información de las actividades cinegéticas son los datos proporcionados por las Direcciones de Salud de cada área de salud, obtenidos de los "partes de actividades cinegéticas" (cumplimentados por los facultativos sanitarios veterinarios que realizan la inspección y control sanitario), y los decomisos realizados en las salas de tratamiento de piezas de caza (datos recogidos por los interventores sanitarios).

CAPÍTULO

En el período 1996-2006, el número de actividades cinegéticas ha pasado de 1.326 en la campaña 1996/1997 a 1.590 en la campaña 2005/2006, lo que supone un incremento bruto del 19,9% en 9 años (2,2% de incremento anual). Figura 7.4.

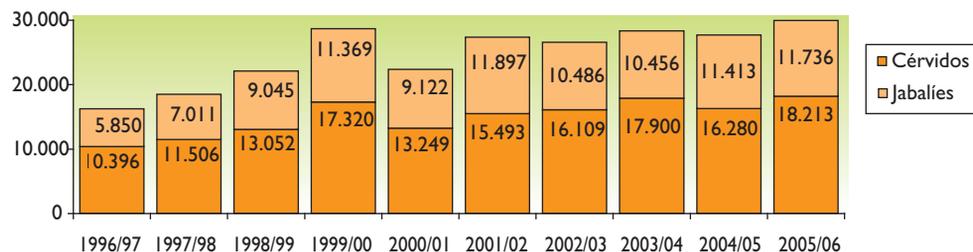
Figura 7.4 Evolución del número de actividades cinegéticas. Extremadura. 1996-2006



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El número de piezas abatidas en actividades cinegéticas de caza mayor (ciervos y jabalíes) pasó de las 16.246 de la campaña 1996/1997 a 29.949 de la 2005/2006, con un incremento total del 84,5% (lo que supone un incremento medio anual del 9,37%). El número de jabalíes se incrementó un 62% (incremento medio anual del 11,18%) y el de cérvidos en un 75,19% (incremento medio anual del 8,35%). Figura 7.5.

Figura 7.5 Evolución del número de piezas abatidas en las actividades cinegéticas. Extremadura. 1996-2006



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El promedio de piezas abatidas por actividad cinegética de caza mayor ha crecido de 12,3 piezas (cérvidos y jabalíes) en la campaña 1996/1997, a 18,8 en la campaña 2005/2006 (lo que supone un incremento total del 52,8%, y un incremento medio anual del 58,7%). El porcentaje de piezas destinadas a autoconsumo en la campaña 1996/1997 fue del 51,4%, y del 26,5% en la 2005/2006 (lo que significa un descenso del 48,4%).

CAPÍTULO

Respecto a los decomisos de animales, en la campaña 2005/2006 se abatieron e inspeccionaron un total de 29.949 piezas de caza mayor (18.213 cérvidos -ciervos, corzos, gamos y muflones- y 11.736 jabalíes), lo que significa un incremento del 7,5% del total de piezas abatidas con respecto a la campaña anterior, y un total de 18,8 piezas abatidas por actividad cinegética (7,4 jabalíes y 11,5 cérvidos).

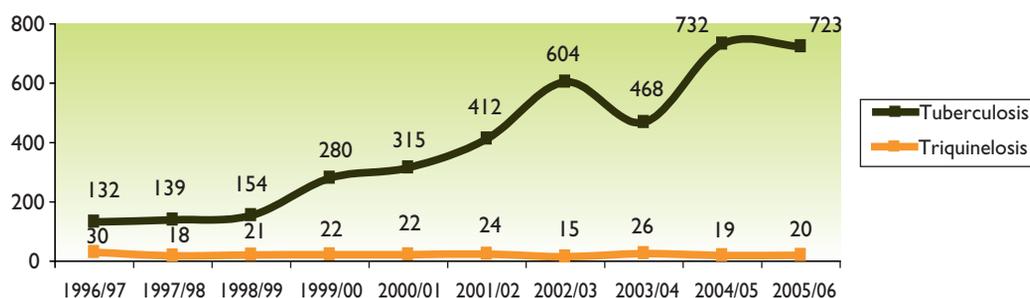
El 73,5% de las piezas abatidas (22.050) se destinaron a comercialización, y el resto a consumo particular del cazador.

En esta misma campaña se produjeron 1.149 decomisos totales (533 jabalíes y 616 cérvidos), 723 de ellos por tuberculosis (375 jabalíes y 348 cérvidos), 236 por deterioro generalizado de la canal, 40 por mordedura de perro, 32 por caquexia, 21 por trayectoria del proyectil, 20 por triquinelosis (todos ellos en jabalíes), 5 por actinomicosis, 4 por abscesos, 3 por hemorragia, 3 por septicemia, 2 por enteritis y otros 60 casos más debidos a otras causas.

Los decomisos por tuberculosis en cérvidos y jabalíes han pasado de 132 animales en la campaña 1996/1997 a 723 en la 2005/2006, lo que supone un incremento de la incidencia del 447,7%, y un incremento medio anual del 49,7%. Los decomisos por triquinelosis han permanecido estables durante el período 1996-2006, con una cifra media de 24 casos anuales. Figura 7.6.

Figura 7.6

Evolución del número de decomisos anuales por tuberculosis y triquinelosis en piezas abatidas en las actividades cinegéticas. Extremadura. 1996-2006



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

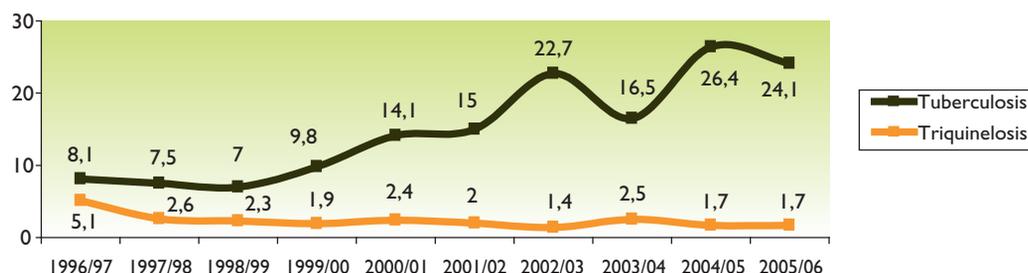
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La prevalencia de tuberculosis en la campaña 1996/1997 era de un 8,1%, siendo la prevalencia actual del 24,1% lo que supone un incremento del 197,5%. La prevalencia actual de triquinelosis en jabalíes se ha estabilizado en el 1,7%. Figura 7.7.

CAPÍTULO

Figura 7.7

Evolución de la tasa de prevalencia anual de tuberculosis y triquinosis en piezas abatidas en las actividades cinegéticas. Extremadura. 1996-2006



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

7.4.3 MATADEROS

La inspección sistemática en mataderos es un importante frente de lucha contra las zoonosis, ya que mediante la inspección ante-mortem y post-mortem de los animales, se separan de la cadena alimentaria aquellos animales y carnes que podrían ser vehículos de transmisión de enfermedades zoonóticas. Además, la acción inspectora garantiza que se apliquen prácticas higiénicas de manipulación en el matadero, y asegura la adecuada destrucción de las piezas no aptas para el consumo humano.

Los resultados de la investigación de agentes zoonóticos en mataderos durante el año 2006 se reflejan en la Tabla 7.2.

Tabla 7.2 Zoonosis en mataderos. Extremadura. 2006

	Animales sacrificados	Diagnóstico anatomopatológico. Animales afectados				
		Hidatidosis	Cisticercosis	Brucelosis	Tuberculosis	Otras zoonosis
Bovino	77.287	1.941	0	510	866	472
Ovino-caprino	536.851	15.808	2.862	1.089	0	1.560
Porcino	518.727	2.056	1.173	0	0	2.753
Equino	0	0	0	0	0	0

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

7.5 ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES (EET)

7.5.1 CONTROL Y VIGILANCIA DE LAS EET

En 1994, España comienza a aplicar medidas para prevenir, controlar y erradicar las EET mediante el control de las harinas de carne de pienso. Desde 1997 se realizan programas de control y vigilancia de EET, basados en una vigilancia pasiva que sigue

los criterios de la Organización Mundial de la Salud Animal (OIE) y en la aplicación de la normativa comunitaria.

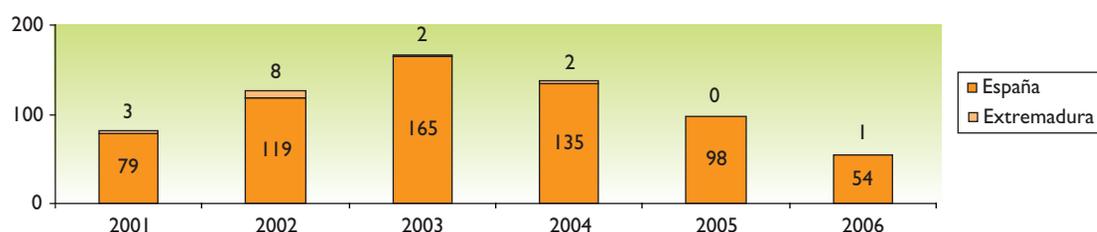
Ante la aparición del primer caso de encefalopatía espongiforme bovina (EEB) en España (22 de noviembre de 2000), se publica el RD 3454/2000, por el que se establece un Programa Integral Coordinado de Vigilancia y Control de las EET de los animales.

a) Encefalopatía espongiforme bovina

La EEB, también llamada “enfermedad de las vacas locas”, es una patología degenerativa del cerebro que afecta a los bóvidos. El conocimiento de esta enfermedad en el ganado bovino es bastante reciente, ya que el primer caso reconocido de la enfermedad data de 1986. Es muy similar a enfermedades que ya eran conocidas y que afectaban a otros animales: scrapie (encefalopatía de las ovejas), encefalopatía espongiforme del visón, encefalopatía del gato, etc.

En Extremadura, siguiendo los criterios de la Oficina Internacional de Epizootias y en aplicación de la normativa europea, se ha desarrollado el Programa Integral Coordinado de Vigilancia y Control de esta enfermedad. Los casos declarados suman 16, tres de los cuales se declararon durante 2001, 8 en 2002, 2 en 2003, 2 en 2004 y 1 más durante 2006. Figura 7.8.

Figura 7.8 Evolución del número de casos positivos de EEB. España. 2001-2006.



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuestas de Salud de Extremadura 2001 y 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

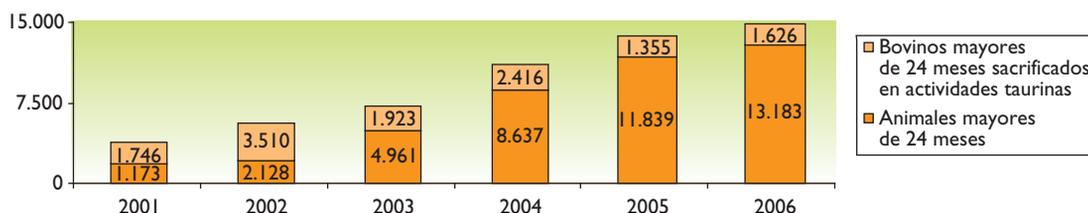
En Extremadura existen 10 mataderos autorizados para el sacrificio de animales bovinos mayores de 24 meses. El número total de bovinos sacrificados en el año 2006 con realización de toma de muestras fue de 14.809, de los cuales 13.183 eran animales mayores de 24 meses, y 1.626 bovinos mayores de 24 meses sacrificados en actividades taurinas.

El análisis comparativo con años anteriores muestra un progresivo y fuerte incremento del número de animales analizados durante el periodo 2001-2006. Figura 7.9.

CAPÍTULO

Figura 7.9

Evolución del número total de bovinos mayores de 24 meses analizados en matadero y de los procedentes de festejos taurinos. Extremadura. 2001-2006.



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Durante 2006, el mayor número de sacrificios y toma de muestras se realizó en el Área de Salud de Navalmoral de la Mata, donde se concentran dos establecimientos autorizados para el sacrificio de estos animales. La actividad de uno de ellos abarca el 34,4% de todo el sacrificio de bovinos mayores de 24 meses de Extremadura.

b) Control y vigilancia de las EET en pequeños rumiantes

Las EET son enfermedades neurodegenerativas causadas por priones que producen espongiosis cerebral. En los pequeños rumiantes se conoce desde el siglo XVIII una EET, la tembladera (conocida también como prurigo lumbar o scrapie clásico). Más recientemente, se han detectado formas atípicas de scrapie que muestran un comportamiento diferente al del tipo clásico por su epidemiología y patología.

Durante 2005, tras la confirmación del primer caso de EEB en un animal de la especie caprina, se ha modificado la normativa comunitaria con el objeto de poder discriminar entre tembladera y EEB en todos los casos confirmados de EET en pequeños rumiantes, así como para reforzar la vigilancia epidemiológica en caprinos.

En España, desde la confirmación del primer caso de tembladera en el año 2000, hasta el primer trimestre de 2006, se han declarado un total de 114 focos, dos de ellos en Extremadura (ambos durante 2005, uno en ovino y otro en caprino).

Los datos de toma de muestras de ovinos y caprinos sacrificados para consumo humano en Extremadura, referentes a la campaña de ETT 2004 (recibidos en la Subdirección de Salud Pública del SES), demuestran un bajo cumplimiento del Programa Integral coordinado de Vigilancia y Control de las ETT establecido en el RD 3454/2000, de 22 de diciembre; más aún cuando el volumen de sacrificio de pequeños rumiantes mayores de 18 meses rondó las 17.000 cabezas.

Debido a la obligatoriedad de cumplimiento del mencionado Plan en todo el territorio nacional y a los últimos estudios científicos que han confirmado la existencia de EEB en ganado caprino, se considera totalmente necesario relanzar esta campaña en Extremadura.

Basándose en el RD 3454/2000 y a los compromisos aceptados por la CAE en el Grupo de Consenso Técnico de la AESAN para el año 2005, el tamaño mínimo de muestra en Extremadura para animales pequeños rumiantes será para dicho año: de ovinos mayores de 18 meses, 2.500 animales sacrificados para consumo humano; de caprinos mayores de 18 meses, todos los animales sacrificados para consumo humano. Estas cifras, prorrogadas para los años 2006 y 2007, podrían aumentar en futuras campañas según las nuevas modificaciones del Reglamento (CE) 999/2001 del Parlamento Europeo y del Consejo.

Sobre la base de lo expuesto anteriormente, y teniendo en cuenta el volumen de sacrificio en Extremadura, se hizo el reparto de toma de muestras para 2006; sin embargo, el número de las mismas tomadas por área de salud fue muy superior al especificado. Tabla 7.3.

Tabla 7.3 Número de muestras ovinas y caprinas tomadas por área de salud. Extremadura. 2006

	Muestras ovinas	Muestras caprinas
Badajoz	450	12
Mérida	13	20
Don Benito-Villanueva	3.986	366
Llerena-Zafra	0	0
Cáceres	453	251
Coria	0	0
Plasencia	1.071	1.738
Navalmoral de la Mata	0	133
Total	5.973	2.520

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

No existe ningún caso confirmado hasta la fecha en muestras recogidas en mataderos de Extremadura. La elección de los establecimientos donde fueron tomadas las muestras quedó a criterio de cada Dirección de Salud.

Las normas de muestreo según el citado Reglamento son las siguientes: los animales tendrán más de 18 meses de edad, o en la encía habrán hecho erupción más de dos incisivos definitivos; la selección de la muestra se hará de modo que se evite una representación excesiva de cualquier grupo por lo que se refiere al origen, la edad, la

CAPÍTULO

raza, el tipo de producción o cualquier otra característica; se evitará, siempre que sea posible, realizar un muestreo múltiple en el mismo rebaño; la muestra será representativa de cada región y temporada.

7.5.2 MATERIAL ESPECÍFICO DE RIESGO (MER)

Tras el sacrificio de un bovino, ovino o caprino, ciertos órganos y tejidos de los mismos no pueden pasar a la cadena alimentaria porque pueden ser un riesgo potencial para la salud de los consumidores, ya que se ha comprobado científicamente que en ellos se acumula el agente causal de las EET.

Desde la aparición de esta enfermedad, los materiales específicos de riesgo han ido modificándose al amparo de diferentes normas en función del avance en los conocimientos científicos y de la situación epidemiológica. Así, desde los MER establecidos en el RD 1911/2000 de 24 de noviembre, por el que se regula la destrucción de los materiales especificados de riesgo en relación con las EET, han sido varias las actualizaciones en la consideración de estos tejidos, siendo vigente en la actualidad la lista establecida en el Reglamento (CE) 375/2008 de la Comisión de 22 de abril de 2008 por el que se modifica el Anexo V del Reglamento 999/2001 del Parlamento Europeo y del Consejo:

- Bovinos de todas las edades: amígdalas, mesenterio e intestino (desde duodeno hasta el recto).
- Bovinos mayores de 12 meses (además de los anteriores): cráneo, ojos y cerebro (no incluida la mandíbula) y médula espinal.
- Bovinos mayores de 30 meses (además de los anteriores): columna vertebral, excluidas las vértebras del rabo, las apófisis espinosas y transversas de las vértebras cervicales, torácicas y lumbares, y la cresta sacra media y alas del sacro, e incluidos los ganglios de la raíz dorsal.
- Ovinos y caprinos de todas las edades: bazo e íleon.
- Ovinos y caprinos mayores de 12 meses (además de los anteriores): cráneo, incluidos encéfalo y ojos, amígdalas y médula espinal.

7.6 HIGIENE ALIMENTARIA

7.6.1 PLAN NACIONAL DE INVESTIGACIÓN DE RESIDUOS (PNIR)

El control de determinadas sustancias y sus residuos está regulado en España por el RD 1749/1998, de 31 de julio, por el que se establecen las medidas de control aplicables a

determinadas sustancias y sus residuos en los animales vivos y sus productos, siendo la finalidad principal de esta normativa la protección de la salud pública, ya que estas sustancias utilizadas de forma abusiva, indiscriminada o incorrecta en los animales de abasto, suponen en muchos casos un grave riesgo para la salud de las personas.

Los grupos de residuos o sustancias que deben ser investigados son: las sustancias con efecto anabolizante y sustancias no autorizadas, los medicamentos veterinarios y los contaminantes medioambientales. En el año 2006 se analizaron 901 muestras de las 1.220 programadas, de las que 9 resultaron positivas. Tabla 7.4.

Tabla 7.4 Resultados de la campaña 2006 del PNIR. Valores absolutos. Extremadura

Especie	Muestras programadas	Muestras analizadas	Resultados positivos
Apícola (miel)	60	19	2 clorfenvinfos en miel
Avícola	200	164	1 enrofloxacina en músculo de pollo
Avícola (huevos)	30	48	
Bovino	330	210	
Bovino (leche)	50	48	
Caprino	7	2	
Caza	30	41	1 Beta HCH en grasa de jabalí
Conejo	12	9	1 sulfadiacina en pienso de conejo
Ovino	195	116	1 Beta HCH en grasa de ovino 2 sulfadiacina en riñón de ovino
Porcino	306	244	1 sulfadiacina en pienso de porcino
Total	1.220	901	

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

7.6.2 VIGILANCIA EN PRODUCTOS CÁRNICOS

a) Programa de vigilancia sobre el nivel de nitritos en productos cárnicos

En Extremadura, el sector de productos cárnicos tiene una gran importancia y relevancia. En la elaboración de los mismos se utilizan aditivos como son los nitratos y nitritos, los cuales están permitidos pues intervienen en la inhibición del crecimiento del *Clostridium botulinum*; pero su empleo está limitado, según se establece en el RD 142/2002, de 1 de febrero, por el que se aprueba la lista positiva de aditivos distintos de colorantes y edulcorantes, para su uso en la elaboración de productos alimenticios, así como sus condiciones de utilización.

A fin de poder comprobar si se está cumpliendo la legislación vigente al respecto e identificar posibles peligros, se instauró en las industrias cárnicas y carnicerías-charcuterías de Extremadura un programa de vigilancia sobre el nivel de nitritos en los productos cárnicos puestos en el mercado a disposición del consumidor.

CAPÍTULO

Durante 2006 se llevaron a cabo, por parte de los facultativos sanitarios de las diferentes zonas de salud de Extremadura, actividades de vigilancia en las industrias cárnicas y carnicerías-charcuterías de las distintas áreas de salud. Dichas actividades consistieron en la toma de muestras indicativas en los productos cárnicos de la especie porcina, tanto doméstica como salvaje.

El total de muestras analizadas en Extremadura fue de 166 (respecto a las 167 programadas, lo que supuso un cumplimiento prácticamente del 100%), habiendo resultado positivas 33 muestras (lo que se corresponde a un 20%). En las industrias cárnicas se tomaron 117 muestras (habiéndose analizado todas), resultando positivas 23 (un 20%). En carnicerías-charcuterías se tomaron 49 muestras, se analizaron todas y resultaron positivas 10, lo que también supuso un 20%. Tabla 7.5.

Tabla 7.5 Vigilancia en productos cárnicos del porcino. Valores absolutos. Extremadura. 2006

Tipo de establecimiento	Muestras programadas	Muestras tomadas	Muestras analizadas	Muestras positivas
Industria cárnica	118	117	117	23
Carnicería/charcutería	49	49	49	10
Total	167	166	166	33

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

b) Establecimientos de carne fresca

Con la entrada en vigor, el 1 de enero de 2006, de los nuevos Reglamentos de Higiene Alimentaria, denominados “Paquete de Higiene”, las industrias del sector alimentario y, en particular, las del sector cárnico, han sufrido algunas modificaciones para su adaptación a los mismos en cuanto a las condiciones de estructura y equipamiento, así como los requisitos generales y específicos de higiene. Con esta nueva normativa europea se empiezan a materializar los nuevos principios en seguridad alimentaria.

En el sector de la carne se instauró un Plan Nacional de Investigación de Residuos, para la determinación de peligros de naturaleza química; sin embargo, resultaba insuficiente para garantizar un elevado nivel de protección de los consumidores en relación con la seguridad alimentaria, lo que hizo necesaria la implantación del Programa de Control Sanitario de la higiene en los mataderos, salas de despiece, almacenes frigoríficos y establecimientos menores de carne fresca.

Dicho programa tiene como objetivos principales coordinar e impulsar el control de higiene en materia de carne fresca durante toda la cadena de producción, comercia-

lización y venta, así como verificar que los controles regulares de la higiene realizados por los explotadores de los establecimientos sean los adecuados.

Durante 2006 se realizaron, por los facultativos sanitarios de las zonas de salud de Extremadura, actividades de control sanitario y vigilancia en los mataderos, salas de despiece, almacenes frigoríficos y establecimientos menores de carne fresca de las distintas áreas sanitarias. Dichas actividades consistieron en la inspección de los establecimientos afectos al programa (para la observación de prácticas llevadas a cabo por los manipuladores en las diferentes operaciones y comprobación de la temperatura en la carne fresca), auditorías de programas de desinfección, desinfectación y desratización, registros de temperaturas de salas, locales y/o equipos, así como en la toma de muestras indicativas en la carne fresca y/o superficies de equipos, útiles, etc., si es preciso.

El número total de establecimientos afectos al programa es de 2.218, de los cuales se controlaron 1.891, lo que supuso un 85%. El número de controles sanitarios realizados sobre dichos establecimientos fue de 4.921, lo que corresponde a una media de 2 actividades de control por cada uno de ellos.

Otra de las actividades realizadas durante dicho año en estos establecimientos fue la de vigilancia. Ello implicó la toma de muestras en canales y carnes frescas. El total de muestras analizadas fue de 245, lo que respecto a las 228 programadas supuso un cumplimiento superior al 100%; de ellas resultaron positivas a los distintos gérmenes investigados un total de 171 muestras (el 70%). Tabla 7.6.

Tabla 7.6 Vigilancia en establecimientos de carne fresca. Valores absolutos. Extremadura. 2006

Tipo	Establecimientos de carne fresca		Control sanitario	Muestras	
	Total	Controlados	Controles	Analizadas	Positivas
Matadero	80	59	1.248	53	12
Sala de despiece	70	52	574	20	12
Almacén frigorífico	32	24	59	7	4
Establecimiento menor	2.036	1.756	3.040	165	143
Total	2.218	1.891	4.921	245	171

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

7.6.3 COMIDAS PREPARADAS

Durante 2006 se llevaron a cabo labores de vigilancia y control, por parte de los facultativos sanitarios de las zonas de salud de Extremadura, en los siguientes establecimientos de comidas preparadas: centros escolares, guarderías, centros sanitarios, resi-

CAPÍTULO

dencias de ancianos, albergues-colonias escolares, asadores de pollos, campings, casas rurales, establecimientos de temporada, salones de banquetes y celebraciones, hamburgueserías, hostales, hoteles rurales, mesones, pensiones y restaurantes. En 2007 se amplió a los establecimientos inscritos en el Registro General Sanitario de Alimentos que suministren a colectividades (*catering*).

El número total de establecimientos o centros controlados en Extremadura durante 2006 fue de 1.607, con un total de actividades de control sobre dichos establecimientos de 3.478, lo que supone una media de 2,16 actividades de control por cada uno de ellos.

Otra de las actividades realizadas durante 2007 en este tipo de establecimientos fue la de vigilancia. Implicó la toma de muestras en las comidas preparadas, utensilios, equipos, superficies, manipuladores de alimentos, etc., lo que ha supuesto un total de muestras tomadas y enviadas a los laboratorios de Salud Pública de Cáceres y Badajoz de 1.224; de ellas se analizaron 1.216, habiendo resultado insatisfactorias un total de 200 muestras, lo que supone un 16,45% del total.

Como resultado de todas las actividades realizadas en los diferentes establecimientos se efectuó una calificación sanitaria de los mismos, habiendo resultado un total de 1.043 establecimientos aceptables, 160 inaceptables y 357 condicionados a mejoras, lo que supone un 65%, 10% y 22% respectivamente, respecto al total de establecimientos calificados en Extremadura. La Tabla 7.7 refleja estos resultados, junto a los obtenidos en 2005.

Tabla 7.7 Controles y calificaciones sanitarias de las comidas preparadas. Extremadura. 2005-2006

Total Extremadura	2005	2006	% de incremento
Nº de centros controlados	1.003	1.607	60,22
Nº de actividades de control	1.583	3.478	119,71
Nº de establecimientos calificados	1.002	1.559	55,59
Nº de establecimientos aceptables	703	1.043	48,36
Nº de establecimientos inaceptables	39	160	310,26
Nº de establecimientos condicionados a mejora	260	356	36,92
Nº de muestras analizadas	1.206	1.216	0,83
Nº de muestras satisfactorias	972	1.016	4,53
Nº de muestras insatisfactorias	234	200	-14,53

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El número total de establecimientos o centros afectados por algún brote de origen alimentario en Extremadura ha sido de 9, de los cuales 5 se han producido en residencias geriátricas, 2 en centros escolares y 2 en restaurantes, no habiéndose producido ninguno en centros sanitarios.

7.6.4 FORMACIÓN Y CONTROL DE MANIPULADORES DE ALIMENTOS

CAPÍTULO

El manipulador de alimentos es aquella persona que, por su actividad laboral, tiene contacto directo con los alimentos durante cualquier fase de la cadena de elaboración y distribución; por ello, la formación adecuada de los manipuladores de alimentos es el medio más eficaz para reducir los riesgos para la salud derivados del consumo de alimentos manipulados incorrectamente.

Las normas relativas a manipuladores de alimentos y a su formación están establecidas en la siguiente normativa:

- RD 202/2000 de 11 de febrero, por el que se establecen las normas relativas a los manipuladores de alimentos.
- Decreto 138/2002, de 8 de octubre, por el que se establecen las normas relativas a la formación de manipuladores de alimentos, y al procedimiento de autorización de empresas y entidades de formación de manipuladores de alimentos en la CAE.
- Orden de 14 de enero de 2003, por la que se establecen las normas para el desarrollo de la formación de manipuladores de alimentos en la CAE.
- Decreto 119/2005, por el que se modifica el Decreto 138/2002, de 8 de octubre.
- Orden de 22 de junio de 2005, por la que se establecen las condiciones y requisitos para la autorización de entidades de formación de manipuladores de alimentos que deseen llevar a cabo la formación a distancia en Extremadura.

El Decreto 138/2002, de 8 de octubre, establece la posibilidad de que la formación de los manipuladores pueda llevarse a cabo por las propias empresas del sector alimentario, por empresas o entidades de formación autorizadas por la autoridad sanitaria competente, y por la propia autoridad sanitaria, por lo que la Orden de 14 de enero de 2003 fue diseñada con el objetivo de facilitar y clarificar el proceso logístico y administrativo establecido en la norma autonómica. Posteriormente, el Decreto 119/2005 amplió el periodo de validez de los documentos acreditativos de la formación (entre otras modificaciones); y mediante la Orden de 22 de junio de 2005 se estableció la posibilidad de realizar la formación a distancia.

Conforme a esta normativa, la Consejería de Sanidad llevó a cabo en 2006 el proceso de asesoramiento y autorización de empresas o entidades de formación, y de las empresas del sector alimentario interesadas en formar a sus propios trabajadores. Durante 2006 fueron autorizadas para ello en Extremadura 29 empresas, de las que sólo 1 es un centro oficial y 4 corresponden a industrias alimentarias, autorizadas para llevar a cabo la formación de sus propios manipuladores. En total, al final del año 2006 se encontraban inscritas en el registro de empresas o entidades de formación de manipuladores de alimentos 193 empresas o entidades. Tabla 7.8.

CAPÍTULO

Tabla 7.8

Empresas y entidades de formación de manipuladores de alimentos autorizadas anualmente en Extremadura. 2003-2006

	2003	2004	2005	2006
Nº de empresas	96	44	24	29

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

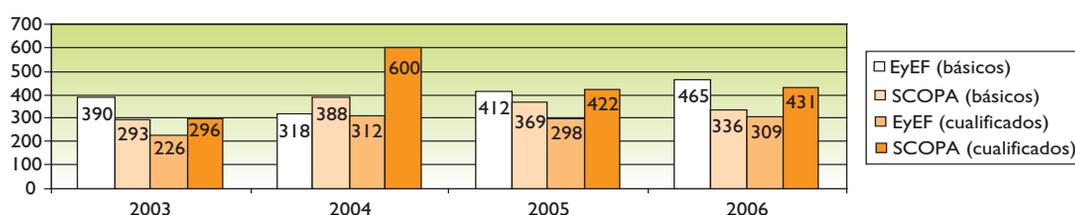
Durante 2006, estas empresas y entidades de formación desarrollaron 774 cursos, de los que 465 eran de nivel básico y 309 de nivel cualificado o mayor riesgo (Figura 7.10). El número de manipuladores formados fue de 9.140, con lo que continúa la tendencia creciente desde 2003 (6.209 en 2003; 7.242 en 2004; y 8.179 en 2005).

Con respecto a la distribución de los cursos de nivel cualificado según la actividad de mayor riesgo, en 2006 destacan las actividades de consumo por colectividades (catering, cocinas centrales, comedores colectivos), y carne picada y/o preparados cárnicos (93 y 87 cursos, respectivamente); seguidos de platos preparados (27 cursos), productos con cremas y natas (27), quesos frescos (5) y helados (2).

Por otro lado, desde los Servicios de Control Oficial de los Productos Alimenticios, y a través de las diferentes Direcciones de Salud, se formaron a 18.842 manipuladores durante 2006, con lo que se confirma el descenso apuntando en 2005, debido probablemente al aumento de alumnos formados por entidades y empresas de formación (11.956 en 2003, 22.283 en 2004 y 20.911 alumnos en 2005). En 2006 se organizaron 767 cursos, 336 de nivel básico y 431 de nivel cualificado. Figura 7.10.

Figura 7.10

Evolución del número cursos de nivel básico y nivel cualificado desarrollados tanto por empresas y entidades de formación (EyEF), como por los Servicios de Control Oficial de Productos Alimenticios (SCOPA). Extremadura. 2003-2006



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Con objeto de respetar la correcta aplicación de las normas, los Servicios Oficiales llevaron a cabo durante el año 2006 una serie de inspecciones *in situ* de los cursos desarrollados en las diferentes áreas de salud; así, se auditaron 381 cursos de formación (un 49,2% de los 774 cursos celebrados por las empresas y entidades autorizadas en Extremadura). Sólo en 14 de ellos se produjo un levantamiento de acta como consecuencia de las incidencias detectadas durante los mismos.

8. ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

CAPÍTULO

Desde finales del siglo pasado, se reconoce que existe una importante relación entre el nivel socioeconómico y el nivel de salud, tanto individual como de la comunidad. Los países desarrollados, con un elevado nivel de salud, tienen una esperanza de vida mucho más elevada que los países pobres, así como una baja mortalidad infantil, ya que son los grupos más vulnerables, niños y ancianos, los más afectados por la escasez y la pobreza.

8.1 MERCADO DE TRABAJO

Mientras la población de Extremadura apenas ha sufrido variación en el periodo 2002-2007, la población activa ocupada ha aumentado en algo más de 40.000 personas, lo que representa un 10%. Al mismo tiempo, la población activa en paro ha bajado en 20.000 personas, lo que representa un 24% en el mismo periodo, bajando en 6,9 puntos porcentuales, del 19,2 al 13,1%. Tabla 8.1 y Figura 8.1.

Tabla 8.1

Evolución de la población mayor de 15 años según su relación con la actividad económica. Media anual en miles. Extremadura. 2002-2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Activos	430,2	438,2	448,1	458,0	460,2	474,5
Ocupados	347,5	362,0	371,0	385,8	398,3	412,6
Parados	82,7	76,2	77,0	72,3	61,8	62,0

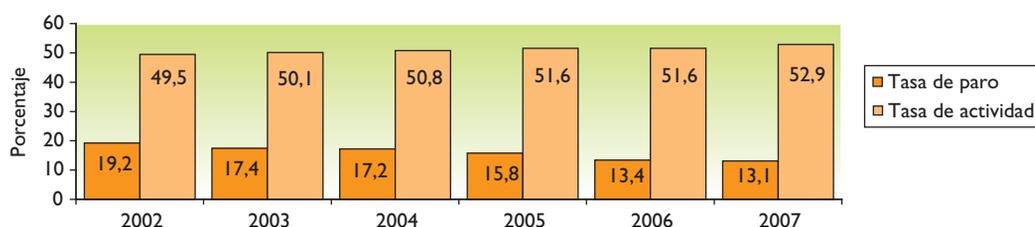
Series adaptadas a la metodología EPA-2005.

Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Figura 8.1

Evolución de las tasas de actividad y paro. Extremadura. 2002-2007



Series adaptadas a la metodología EPA-2005.

Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La evolución favorable del empleo se traduce en un aumento de afiliados a la Seguridad Social de 50.000 personas en el mismo periodo, pasando de 347.000 durante 2002 a 397.000 en 2007, a expensas fundamentalmente de afiliados al Régimen General. Tabla 8.2.


 CAPÍTULO III

Tabla 8.2 Indicadores de Trabajo y Seguridad Social. Media anual en miles. Extremadura. 2002-2007

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Trabajadores afiliados al sistema de la Seguridad Social						
Total en alta laboral	347,6	355,4	360,9	369,5	381,1	397,2
Régimen general	198,9	208,4	215,5	225,7	238,9	253,3
Régimen especial trabajadores autónomos	58,4	59,6	61,6	63,1		
Régimen especial agrario	88,9	86,1	82,5	78,7	142,2	143,9
Otros regímenes especiales	1,4	1,3	1,4	1,9		
Pensiones del sistema de la Seguridad Social						
Total	195,2	196,2	196,6	197,9	199,6	200,6
Incapacidad Permanente	18,1	18,5	19,1	19,5	20,1	20,9
Jubilación	110,3	110,1	109,7	110	110,7	110,4
Viudedad	56,6	57,2	57,7	58,3	58,9	59,5
Movimiento laboral registrado						
Orfandad y favor familiar	10,2	10,5	10,2	10,1	9,9	9,9
Beneficiarios de prestaciones por desempleo						
Paro registrado*	74	75,5	78,1	77,3	76,2	74,6
Total	55,6	57,3	61,3	63,1	62,2	63,9
Prestaciones contributivas y subsidios	27,1	29,2	34,3	37,2	37,7	40,4
Subsidio trabajadores eventuales agrarios	28,5	28,1	27	25,9	24,5	23,5

*A partir de mayo 2005, datos SISPE. Los datos anteriores son estimaciones.

Fuentes: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Consejería de Economía, Comercio e Innovación.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

8.2 MACROMAGNITUDES BÁSICAS

El número de empresas ha aumentado en el periodo 2001-2006 en 18.467, pasando de 47.765 a 66.232, de las que el 46% no tiene asalariados. En 2007, el 91% de las empresas tenían menos de 6 trabajadores. Tabla 8.3.

Tabla 8.3 Evolución del número de empresas con relación al número de asalariados a fecha 1 de enero. Valores absolutos. Extremadura. 2001-2007

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Sin asalariados	26.139	32.284	32.317	29.132	34.075	34.055	35.732
De 1 a 2	12.587	14.928	15.701	15.817	16.671	17.412	18.152
De 3 a 5	4.669	5.401	5.390	5.688	5.884	6.097	6.459
De 6 a 9	2.090	2.388	2.415	2.379	2.529	2.598	2.760
De 10 a 19	1.368	1.456	1.482	1.506	1.592	1.722	1.824
De 20 a 49	663	700	744	785	826	868	947
De 50 a 99	170	179	160	163	201	215	223
De 100 a 199	47	55	52	62	82	74	83
De 200 a 499	30	25	30	27	28	33	39
De 500 a 999	1	2	10	7	8	8	10
De 1.000 a 4.999	1	1	5	2	2	2	2
5.000 y más	0	0	0	0	0	0	1
Total	47.765	57.419	58.306	55.568	61.898	63.084	66.232

Fuente: INE. Directorio Central de Empresas.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Durante el periodo 2001-2006, el empleo ha ido disminuyendo en el sector de la agricultura y ganadería en un 13%, aproximadamente; ha subido algo en el sector energético; se ha mantenido prácticamente constante en el sector industrial; y han aumentado el sector de la construcción (21%) y el sector servicios (20%). Tabla 8.4.

Tabla 8.4 Empleo total y asalariado. En miles de puestos de trabajo. Extremadura. 2001-2006

		2001	2002	2003	2004 (p)	2005 (p)	2006 (a)
Agricultura y ganadería	Total	63	62,2	61,6	59,6	61,8	54,8
	Asalariado	24,6	24,4	25,1	24,8	27,1	24,4
Energía	Total	2,5	2,8	2,7	2,9	3,3	3,7
	Asalariado	2,5	2,6	2,7	2,9	3,2	3,6
Industria	Total	29,6	29,9	30,4	31,3	32,2	32,1
	Asalariado	24,5	24,7	25,2	26,7	27,5	27,6
Construcción	Total	47	48,7	50,4	52,9	55,8	59,3
	Asalariado	40,5	42,8	44,1	46,5	49,2	52,3
Servicios	Total	217,6	226,5	235,4	241,8	251,9	261,6
	Asalariado	185,2	191,1	200,5	206,2	214,5	223,3
Total	Total	359,7	370,1	380,5	388,5	405	411,5
	Asalariado	277,3	285,6	297,6	307,1	321,5	331,2

(p) provisional; (a) avance.

Fuente: INE. Contabilidad Regional de España. Base 2000.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

En Extremadura, al igual que en el total de España, el principal sector de actividad en valor añadido bruto (VAB) corresponde al sector Servicios. Tabla 8.5 y Figura 8.2.

Tabla 8.5 Valor añadido bruto por ramas de actividad. En miles de euros. Extremadura. 2001-2007

	2001	2002	2003	2004(p)	2005(p)	2006(a)	2007 (1ªe)
Agricultura y g.	1.453.161	1.478.036	1.469.055	1.411.746	1.448.431	1.288.670	1.418.470
Energía	328.209	378.539	406.051	431.322	453.560	465.048	529.410
Industria	778.392	814.707	841.848	874.866	929.247	973.328	1.050.558
Construcción	1.226.470	1.360.681	1.531.176	1.804.471	2.111.148	2.389.401	2.574.233
Servicios	6.469.916	6.936.459	7.491.398	8.020.880	8.618.459	9.231.451	9.932.256
Total	10.256.148	10.968.422	11.739.528	12.543.285	13.560.845	14.347.898	15.504.927

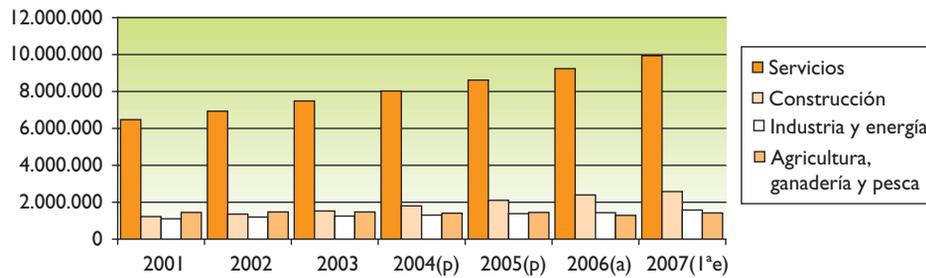
(p) provisional; (a) avance; (1ªe) primera estimación

Fuente: INE. Contabilidad Regional de España. Base 2000.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El sector de agricultura y ganadería representó en 2007 algo menos del 10% de la aportación total al VAB, observándose una evolución descendente a lo largo del periodo de estudio; si bien Extremadura continúa siendo la CCAA que mayor distribución porcentual posee, a gran diferencia de la media nacional.

CAPÍTULO

Figura 8.2 Aportación sectorial al VAB. En miles de euros. Extremadura. 2001-2007


(p) provisional; (a) avance; (1ªe) primera estimación

Fuente: INE Contabilidad Regional de España. Base 2000.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El Producto Interior Bruto (PIB) ha aumentado más de un 50% durante el periodo 2001-2007. Tabla 8.6.

Tabla 8.6 Producto Interior Bruto a precios de mercado. En miles de euros. Extremadura. 2001-2007

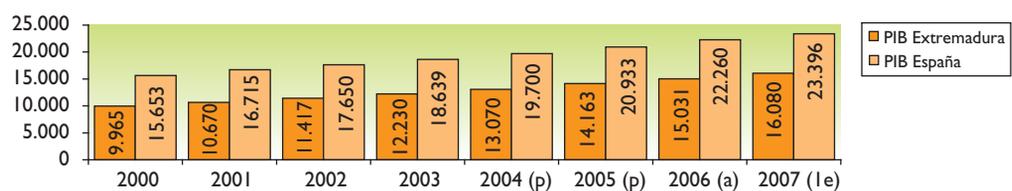
	2001	2002	2003	2004	2005(p)	2006(p)	2007(a)
P.I.B.	11.291.729	12.090.754	13.001.557	13.958.103	15.218.285	16.210.574	17.333.277

(p) provisional; (a) avance.

Fuente: INE Contabilidad Regional de España. Base 2000.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Por otra parte, el PIB por habitante durante el periodo 2000-2005 ha aumentado un 33% en España y un 41,5% en Extremadura, acercándose paulatinamente a la media española. Figura 8.3.

Figura 8.3 Producto Interior Bruto por habitante. En euros. Extremadura y España. 2000-2005


(p) provisional; (a) avance; (1ªe) primera estimación.

Fuente: INE Contabilidad Regional de España.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

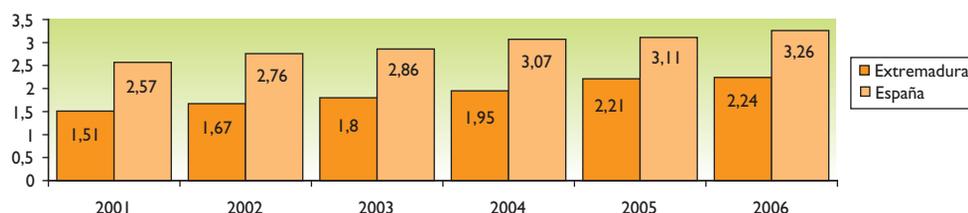
8.3 ESTRUCTURA FAMILIAR

En Extremadura, se produjeron en el año 2006 un total de 2.433 disoluciones familiares, cifra similar a la del año anterior (2.396). De ellas, 2.039 fueron divorcios, 393 separaciones y 1 nulidad.

Las tasas de disoluciones matrimoniales han seguido una tendencia al alza, tanto en el ámbito nacional como en el autonómico, durante el período de estudio. En Extremadura, las tasas han sido siempre inferiores a las de España. Figura 8.4.

Figura 8.4

Disoluciones matrimoniales (nulidades, separaciones y divorcios). Tasa por 1.000 habitantes. Extremadura y España. 2001-2006



Fuente: INE. Estadística de nulidades, separaciones y divorcios.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

8.4 EDUCACIÓN

La baja natalidad está influyendo en la disminución del número de alumnos en las enseñanzas no universitarias, que han pasado de un total de 231.568 alumnos en el curso 1997/98, a 184.921 durante el curso 2006/07, lo que representa una reducción del 20% de alumnos. Esta disminución es más acentuada en la enseñanza secundaria, que ha visto disminuir un 25% su alumnado. Tabla 8.7.

Tabla 8.7

Evolución del alumnado en enseñanzas no universitarias. Valores absolutos. Extremadura. Cursos 1997/1998 – 2006/2007

	1997/1998	2002/2003	2003/2004	2004-2005	2005/2006	2006/2007*
E. Especial	615	609	630	603	638	704
E. Infantil	33.976	30.864	31.053	31.140	31.338	31.543
E. Primaria	82.872	73.183	71.285	69.152	67.834	67.041
E. Secundaria ⁽¹⁾	94.284	87.864	86.061	87.187	85.362	84.653
Total alumnos	211.747	192.520	189.029	188.082	185.172	183.941

*Avance.

(1) ESO, Bachillerato, Formación Profesional, Programa de Garantía Social.

Fuente: Ministerio de Educación y Ciencia.

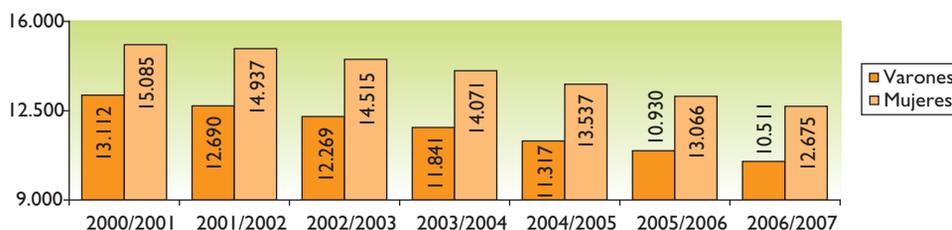
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Durante el curso académico 2000-2001, el número de alumnos matriculados en educación universitaria en Extremadura alcanzó la cifra máxima de 28.197, iniciándose a partir de entonces un descenso en el número de matriculaciones hasta llegar a los 23.186 alumnos del curso 2006/2007. Durante el período de estudio, el número de mujeres matriculadas ha superado siempre al de varones. Figura 8.5.

CAPÍTULO

Figura 8.5

Evolución del alumnado matriculado en enseñanzas universitarias por sexos. Valores absolutos. Extremadura. Cursos 2000/2001 – 2006/2007

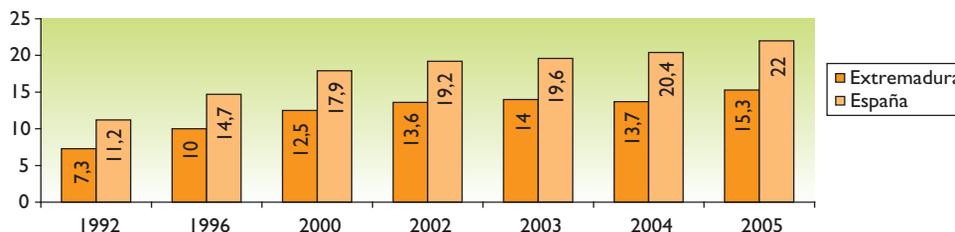


Fuente: INE. Estadística de la enseñanza universitaria en España.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La población con estudios superiores ha aumentado en el periodo 1992-2005 en 10,8 puntos porcentuales, pasando del 11,2% al 22% en España, lo que representa un aumento del 96%. Durante el mismo periodo, en Extremadura se pasó del 7,3% al 15,3%, lo que representa un aumento del 109,5%, es decir más del doble. Figura 8.6.

Figura 8.6

Evolución de la proporción de población de 16 y más años con estudios superiores. En porcentaje. Extremadura y España. 1992-2005



Fuente: INE. Indicadores Sociales.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Por otra parte, la población analfabeta o sin estudios durante el periodo 1992-2005, ha disminuido en Extremadura 10,4 puntos porcentuales, pasando del 32,1% al 21,7%. Durante el mismo periodo, en España se ha pasado del 19,8% al 12,4%, lo que representa 7,4 puntos porcentuales menos.

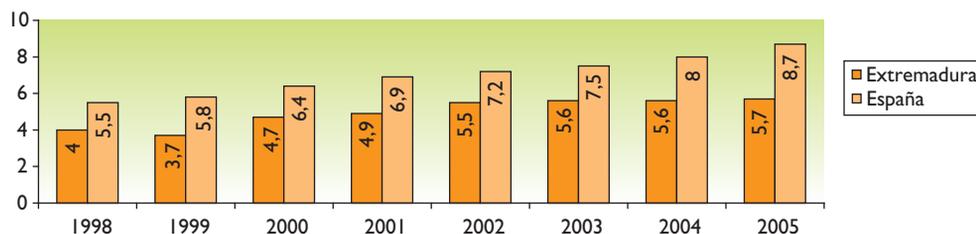
8.5 NIVEL Y CALIDAD DE VIDA

8.5.1 GASTO EN BIENES Y SERVICIOS

El gasto medio anual en bienes y servicios en Extremadura fue de 5.771,5 euros por persona durante 2005, frente a los 8.651,1 euros de la media nacional. La CCAA con mayor gasto por persona fue Madrid, con 10.653,9 euros. Figura 8.7.

Figura 8.7

Evolución del gasto medio anual por persona en bienes y servicios. En miles de euros. Extremadura y España. 1998-2005



Fuente: INE.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

8.5.2 EQUIPAMIENTO Y USO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

En Extremadura se observa en general un menor uso de tecnologías de la información (ordenador, internet, conexión de banda ancha y teléfono fijo) que la media nacional, excepto en el empleo del teléfono móvil. Tabla 8.8.

Tabla 8.8

Porcentaje de viviendas con equipamiento y uso de tecnología de la información. Extremadura y España. 2007

	España	Extremadura
Ordenador	60,4	47,5
Internet	44,6	30,3
Conexión banda ancha	39,2	23,2
Teléfono fijo	81,2	71,7
Teléfono móvil	71,7	88,2

Fuente: INE.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Sin embargo, es importante resaltar la progresiva e importante incorporación, durante los últimos años, de las tecnologías de la información en el ámbito educativo entre la población más joven; esto se constata con las bajas ratios existentes en Extremadura de alumnos por ordenador destinado a tareas de enseñanza y aprendizaje. Tabla 8.9.

Tabla 8.9

Número medio de alumnos por ordenador destinado a tareas de enseñanza y aprendizaje. España y Extremadura. 2007

	TOTAL	CENTROS PÚBLICOS			CENTROS PRIVADOS
		Total	E. Primaria	E. Secundaria y FP	
España	6,6	5,7	6,7	5,1	10,0
Extremadura	2,3	1,9	4,0	1,3	14,4

Fuente: Consejería de Educación. Dirección General de Política Educativa.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO**9. SISTEMA SANITARIO****9.1 SERVICIOS SANITARIOS**

En orden a adecuar al máximo la organización territorial a las necesidades de un Sistema Sanitario eficaz, eficiente y que posibilite la equidad en el acceso a sus servicios de todos los ciudadanos, la Junta de Extremadura, tal y como establecían los Planes de Salud anteriores, procedió a aprobar con la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, una nueva ordenación y regulación del SSPE como parte integrante del SNS, y en el que se integran y articulan funcionalmente el conjunto de actividades, servicios y prestaciones que tienen por fin la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de salud. La norma crea el SES como un instrumento institucional para la gestión de las competencias y recursos sanitarios encomendados por la Junta de Extremadura.

Los servicios sanitarios de la CAE se caracterizan por la extensión de la atención sanitaria a toda la población, financiación pública, descentralización, acceso equitativo a los servicios sanitarios públicos e integración de la asistencia sanitaria con la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.

Desde 2002, la competencia de la atención sanitaria asistencial sobre la población beneficiaria de la Seguridad Social corresponde al SSPE, que cuenta como proveedor hegemónico al SES, organismo autónomo de carácter administrativo y cuyo fin será ejercer las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sanitarios que le encomiende la Administración de la CAE, conforme a los objetivos y principios de la Ley de Salud de Extremadura.

A la CAE también le corresponden tareas de Salud Pública, ostentando la responsabilidad en la planificación, organización y ordenación de los servicios sanitarios. La producción en materia de actividades y funciones de Salud Pública competencia de la Junta de Extremadura gira, sobre todo, en torno a programas básicos como: sistemas de información sanitaria; vigilancia y control epidemiológico; control del entorno y medio ambiente; formulación de estrategias y programas de prevención y promoción de la salud; y apoyo técnico-científico, participativo y socio-cultural.

Se ha podido evidenciar, en general, una actualización y mejora en conocimientos, tecnologías y técnicas de diagnóstico y de tratamiento, pero siguen existiendo carencias que debe resolver el SSPE en aras a mejorar su oferta en cantidad y calidad.

A pesar de los logros alcanzados, persisten deficiencias en la coordinación de niveles asistenciales. Problemas como listas de espera, carteras de servicios insuficientes

en determinadas áreas de salud, etc., deben ser abordados por la institución responsable, a fin de avanzar en los objetivos propuestos por el Plan de Salud y, en suma, mejorar la calidad de los servicios prestados a la población extremeña.

En síntesis, el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* propugna que los servicios de salud deben orientarse hacia la eficiencia del Sistema Sanitario, la mejora continuada de la calidad y el acercamiento del mismo al usuario.

Todas las intervenciones a realizar tendrán en cuenta a los tres agentes esenciales de los servicios de salud: los usuarios, los profesionales y la organización. Los usuarios serán el objetivo prioritario del SSPE; éste deberá acercarse a ellos de forma que se ajuste mejor a sus necesidades. Los profesionales constituirán el elemento central de la organización, siendo necesario adoptar cambios organizativos y culturales que mejoren su nivel de satisfacción y motivación profesional. La organización de los servicios planteará actuaciones basadas en la planificación estratégica, una mejor gestión y utilización eficiente de las prestaciones sanitarias, el incremento de actividades protocolizadas que contribuyan a la mejora continuada de la calidad, y la coordinación entre niveles y entre distintos ámbitos relacionados con la salud.

9.2 ORDENACIÓN SANITARIA

Sanitariamente, Extremadura se estructura en dos niveles territoriales: las áreas de salud y las zonas de salud, respetando ambas estructuras territoriales los límites provinciales. En el momento actual la organización sanitaria cuenta con 8 áreas y 113 zonas de salud. Tabla 9.1.

Tabla 9.1 Áreas de salud y evolución del número de zonas de salud por área. Extremadura. 1996-2008

Áreas de salud	Zonas de salud			
	1996	2000	2004	2008
Badajoz	18	20	20	23
Mérida	10	12	13	13
Don Benito-Villanueva	12	13	14	14
Llerena-Zafra	8	9	9	9
Cáceres	20	20	22	24
Coria	7	7	7	7
Plasencia	14	14	14	15
Navalmoral de la Mata	8	8	8	8
Extremadura	97	103	107	113

Fuente: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

La distribución del territorio y de la población en el Mapa Sanitario de Extremadura no es homogénea, debido a su enorme extensión y a la elevada dispersión poblacional, coexistiendo áreas de salud pequeñas y/o poco pobladas (Coria, Navalmoral de la Mata), junto a áreas extensas (Cáceres) y/o con una mayor población (Badajoz, Mérida). Tabla 9.2.

Tabla 9.2 N° de habitantes, superficie y densidad de población por áreas de salud. Extremadura. 2008

Áreas de salud	Habitantes	Km ²	Habitantes / Km ²
Badajoz	267.481	6.237,80	42,88
Mérida	162.287	3.392,45	47,84
Don Benito-Villanueva	141.929	6.963,77	20,38
Llerena-Zafra	106.762	5.172,21	20,64
Cáceres	197.201	10.559,19	18,68
Coria	47.516	2.415,80	19,67
Plasencia	111.940	3.990,13	28,05
Navalmoral de la Mata	54.874	2.903,08	18,90
Extremadura	1.089.990	41.634,43	26,18

Fuente: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

En el SSPE se diferencian tres niveles de especialización sanitaria: nivel primario, constituido por centros de salud, consultorios locales y unidades de apoyo; nivel secundario o de áreas; y nivel terciario o regional, cuyo ámbito territorial abarca todo el territorio de la CAE y en el que se integran los recursos de alta especialización o de referencia regional.

9.2.1 ÁREAS DE SALUD

Respecto a las áreas de salud, todas ellas desarrollan diversas actividades: internamiento clínico y asistencia especializada en su respectiva zona de influencia, incluyendo promoción de la salud, medicina preventiva y rehabilitadora, investigación y docencia. En atención primaria se desarrollan, igualmente, acciones encaminadas a la promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, desde los propios recursos de ese nivel y en coordinación con los profesionales y estructuras del hospital de área y los centros de especialidades. Figura 9.1.

Figura 9.1

Mapa Sanitario de Extremadura por áreas de salud. 2008



DECRETO 238/2008, DE 7 DE NOVIEMBRE (DOE N° 221, DE 14 DE NOVIEMBRE)

Fuente: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Además, las áreas de salud tienen encomendada la coordinación con los servicios de carácter regional para la atención de las necesidades de los usuarios relativas a los medios asistenciales que exijan mayor especialización.

En consonancia con lo expuesto, y teniendo en cuenta los estudios realizados, se hace recomendable el mantenimiento de ocho áreas de salud en Extremadura, pudiendo establecerse otras demarcaciones de carácter funcional como ámbitos de actuación de centros que, debido a su mayor o menor nivel de especialización o de innovación tecnológica, deban tener asignado un territorio de actuación distinto al del área. Tal es el caso de los nuevos hospitales y centros de alta resolución, enunciados en el apartado correspondiente a la atención especializada.

Cada área de salud, como estructura básica del Sistema, constituye el ámbito de referencia para la financiación de las actuaciones sanitarias que en ella se desarrollan. Su organización debe asegurar la continuidad de la atención en sus distintos niveles y la gestión de procesos, promoviendo la efectiva aproximación de los servicios al usuario y la coordinación de todos los recursos sanitarios y sociosanitarios, públicos y privados.

CAPÍTULO

9.2.2 ZONAS DE SALUD

Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios de atención primaria, las áreas de salud se dividen en zonas de salud. La zona de salud debe constituir una demarcación sanitaria única, respondiendo su delimitación a factores geográficos, demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, laborales, culturales, y de vías y medios de comunicación.

La experiencia acumulada, así como el análisis realizado sobre el Mapa Sanitario actual, hacen recomendable que se mantenga una actitud de adecuación periódica de la delimitación de las estructuras básicas de salud, a fin de dar respuesta, fundamentalmente, a los cambios demográficos, de vías de comunicación y nuevos asentamientos que se produzcan. Así, durante el período de vigencia del Plan de Salud anterior, se ha incrementado en seis el número de zonas de salud (Tabla 9.1).

9.2.3 TIPOS DE ATENCIÓN SANITARIA

En relación con la ordenación funcional del SSPE éste, a través de las Administraciones Públicas en el ámbito de sus respectivas competencias, desarrollará las funciones recogidas en la normativa. Los servicios sanitarios de Extremadura se ordenan en dos niveles: atención primaria y atención especializada (tanto en el ámbito hospitalario como en el extrahospitalario).

La atención a la demanda urgente, como una actividad más de asistencia sanitaria, recaerá sobre los centros y servicios sanitarios integrados y coordinados en el Sistema de Urgencias y Emergencias de la CAE.

9.3 RECURSOS SANITARIOS Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL

9.3.1 ATENCIÓN PRIMARIA

La atención primaria de salud constituye el primer nivel de actuación del SNS, según queda establecido mediante Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, y Ley 10/2001 de 28 de junio, de Salud de Extremadura, siguiendo las recomendaciones de la OMS que ya en 1978, en su Conferencia de Alma-Ata, proponía un modelo de sistema sanitario centrado en la atención primaria.

El desarrollo de la atención primaria en Extremadura, desde la asunción de las citadas competencias en materia de asistencia sanitaria, se está llevando a cabo partiendo de unas directrices básicas que pueden sintetizarse en:

- Un esfuerzo continuo encaminado a mejorar la accesibilidad y, por tanto, la equidad en el acceso a los recursos sanitarios públicos, tarea ésta dificultada por las condiciones geográficas y demográficas que caracterizan a la CAE: elevada dispersión de los núcleos de población y un envejecimiento poblacional importante, sobre todo en los núcleos rurales de menor entidad.
- La optimización de los recursos existentes en atención primaria en la seguridad de que, siendo los recursos sanitarios más accesibles al usuario, proporcionan una mayor eficiencia.
- La implicación de los usuarios en la tarea de preservar la salud a través de actividades de educación y promoción de la salud.

a) Mapa de recursos de atención primaria

La dispersión geográfica de Extremadura hace necesario un elevado número de recursos del primer nivel de asistencia. Actualmente existen 113 zonas de salud, de las cuales se encuentran en funcionamiento 106, integrándose en las mismas los consiguientes equipos de atención primaria. El número total de centros asciende a 520, de los cuales 103 corresponden a centros de salud y 417 a consultorios locales. Tabla 9.3.

Tabla 9.3 Recursos sanitarios por áreas de salud. Extremadura. 2008

Áreas de salud	EAP	Centros de salud	Consultorios locales
Badajoz	20	20	46
Mérida	13	12	28
Don Benito-Villanueva	14	14	58
Llerena-Zafra	9	8	39
Cáceres	21	20	79
Coria	7	7	36
Plasencia	14	14	92
Navalmoral de la Mata	8	8	39
Extremadura	106	103	417

Fuente: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Entre 1995 y 2008 se produce un considerable incremento en todas las áreas de salud del porcentaje de núcleos de población cuya distancia a su correspondiente centro de salud es inferior a 15 minutos, lo que evidencia una importante mejora en la accesibilidad a los recursos sanitarios públicos, sobre todo en las áreas de Cáceres (del

CAPÍTULO

49,23% al 79,44%) y de Llerena-Zafra (del 57,89% al 84,62%). Esta positiva evolución ha sido posible gracias, sobre todo, a la apertura de nuevos centros de salud, junto con la mejora de la red viaria. Tabla 9.4.

Tabla 9.4

Porcentaje de núcleos de población por áreas de salud cuya distancia a su centro de salud de referencia es inferior a 15 minutos. Extremadura. 1995 y 2008

Áreas de salud	Distancia al CS de referencia menor 15'	
	1995	2008
Badajoz	83,33%	86,60%
Mérida	76,00%	92,45%
Don Benito-Villanueva	68,85%	85,00%
Llerena-Zafra	57,89%	84,62%
Cáceres	49,23%	79,44%
Coria	79,31%	97,73%
Plasencia	66,67%	82,81%
Navalmoral de la Mata	65,79%	77,78%
Extremadura	68,38%	84,72%

Criterios para la elaboración: en autovías y carreteras nacionales se ha calculado el tiempo estimando una velocidad media de 100 km/h.; para carreteras autonómicas 90 km/h., provinciales 80 km/h. y locales 70 km/h.

Fuentes: INE. Nomenclátor 2007. CSD. Mapa Sanitario de Extremadura. Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

En la evolución de los recursos humanos de los EAP en Extremadura durante el periodo 1996-2007, se observa el incremento continuado que han experimentado los mismos en el primer nivel asistencial. Tabla 9.5.

Tabla 9,5

Evolución de los recursos humanos en atención primaria. Extremadura. 1996-2007

	1996	1999	2003	2007
Médicos	691	739	765	800
Pediatras	100	112	123	132
Farmacéuticos	-	81	97	109
Veterinarios	188	198	199	208
Enfermería	742	819	837	874
Matronas	-	-	-	63
Auxiliares de enfermería	54	54	64	71
Auxiliares administrativos	205	211	219	272
Celadores	95	95	352	395*

**De los 395 celadores, 282 fueron contratados en 2007 (296 en 2008) mediante convenios de colaboración suscritos por la CSD con diferentes ayuntamientos, para dar cobertura desde 2002 a los PAC.*

Fuentes: SES. Subdirección de Atención Primaria. CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La evolución de la distribución de los recursos humanos en los EAP por áreas de salud, comparando los datos de 2003 y 2007, confirma el incremento del número de profesionales en dichos equipos. Tabla 9.6.

Tabla 9.6 Evolución de la distribución de profesionales de EAP por áreas de salud. Extremadura. 2003 y 2007

Áreas de salud	Médicos		Pediatras		Enfermería		Veterinarios		Farmacéuticos		Matronas
	2003	2007	2003	2007	2003	2007	2003	2007	2003	2007	2007
Badajoz	145	158	29	32	163	173	40	41	19	21	12
Mérida	94	98	17	21	107	112	20	23	10	12	7
Don Benito-Vva.	108	109	16	17	116	119	23	24	12	14	6
Llerena-Zafra	81	84	10	10	88	92	24	26	6	9	4
Cáceres	149	152	24	25	164	171	38	38	22	23	18
Coria	46	49	5	5	46	47	11	12	7	7	2
Plasencia	94	97	16	16	104	108	27	27	13	14	10
Navalmoral	48	53	6	6	49	52	16	17	8	9	4
Extremadura	765	800	123	132	837	874	199	208	97	109	63

Fuente: SES. Subdirección de Atención Primaria.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

En atención primaria, la necesidad de conformar los tamaños de las poblaciones asignadas ha motivado la realización de ajustes puntuales en el procedimiento de adscripción de usuarios a los médicos y pediatras, siempre partiendo del máximo respeto al ejercicio del derecho a la libre elección de facultativo en los términos reconocidos por la vigente normativa.

Junto a estos reajustes, ha sido necesario efectuar incrementos en las correspondientes plantillas de personal, atendiendo primordialmente a criterios poblacionales, tanto en lo referido al tamaño de las poblaciones de las zonas como a la estructura etaria de las mismas. De esta manera, en el periodo 2004-2007 se han sucedido ampliaciones de recursos que han redundado en una significativa disminución de las ratios de tarjetas sanitarias (TS) adscritas por profesional. Tabla 9.7.

Tabla 9.7 Evolución de médicos de familia y pediatras según el número de tarjetas sanitarias adscritas. Extremadura. 2004 y 2007

Áreas de salud	Número de médicos de familia		Porcentaje sobre el total	
	2004	2007	2004	2007
Menos de 500 TS	64	67	8,38%	8,38%
De 501 a 1.000 TS	205	199	26,83%	24,88%
De 1.001 a 1.500 TS	232	242	30,37%	30,25%
De 1.501 a 1.800 TS	156	264	20,42%	33,00%
Más de 1.800 TS	107	28	14,01%	3,50%
Total	764	800	100%	100%

Áreas de salud	Número de pediatras		Porcentaje sobre el total	
	2004	2007	2004	2007
Menos de 500 TS	11	19	9,73%	14,39%
De 501 a 1.000 TS	50	53	44,25%	40,15%
De 1.001 a 1.400 TS	42	53	37,17%	40,15%
Más de 1.400 TS	10	7	8,85%	5,30%
Total	113	132	100%	100%

Fuente: Programa CIVITAS.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

b) Actividad en atención primaria

Podemos analizar la actividad en atención primaria desde un doble punto de vista, cuantitativo y cualitativo.

Si bien el sistema de información sanitario se plantea como insuficiente para las necesidades que impone la gestión de los servicios sanitarios (por lo que se está trabajando activamente en su desarrollo), es posible esta doble aproximación sin excesivas complicaciones en lo referente a la información cuantitativa; y, asumiendo las limitaciones metodológicas que tal instrumento tiene, es factible realizar una aproximación cualitativa, a través de las coberturas alcanzadas en los distintos servicios que conforman la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

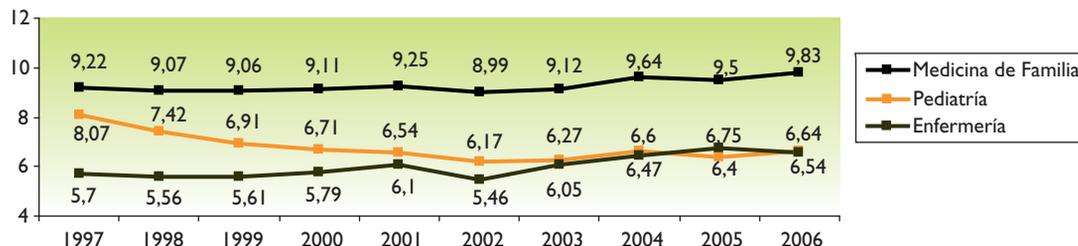
Con relación a la actividad registrada en atención primaria durante los últimos años en Extremadura, por una parte se observa una cierta estabilización de la presión asistencial en el ámbito de la medicina de familia; pero por otra, se confirma la tendencia al incremento de la presión asistencial tanto en lo referente a pediatría como a enfermería:

- En lo que a medicina de familia se refiere, se observa una ligera tendencia descendente en el empleo de las consultas a demanda, con incremento de la actividad administrativa.
- Por lo que respecta a pediatría, el incremento de la presión asistencial se justifica a expensas de las consultas a demanda y concertada.
- Mientras que en el ámbito de enfermería, el aumento de la presión asistencial se explica por el incremento de otras causas.

Aún quedando patente el incremento en general de la actividad asistencial en atención primaria, el volumen bruto de consultas efectuadas en el primer nivel de asistencia puede resultar una cifra difícil de interpretar en su secuencia evolutiva a lo largo del tiempo; esto se debe a que las variaciones de la población pueden artefactar este dato cuando lo que se pretende es medir el incremento en el uso de los servicios sanitarios por parte de los usuarios. Por ello, puede resultar más útil emplear el concepto de frecuentación, que pone en relación el número de consultas con la población que las genera y que se interpreta como “el número de veces que un usuario promedio emplea un determinado servicio”.

En la Figura 9.2 se refleja la secuencia evolutiva de la frecuentación en consultas de atención primaria entre 1997 y 2006, con una ligera tendencia al incremento en medicina y enfermería, y a la estabilización en pediatría.

Figura 9.2 Evolución de la frecuentación en consultas de atención primaria. Extremadura. 1997-2006



CAPÍTULO

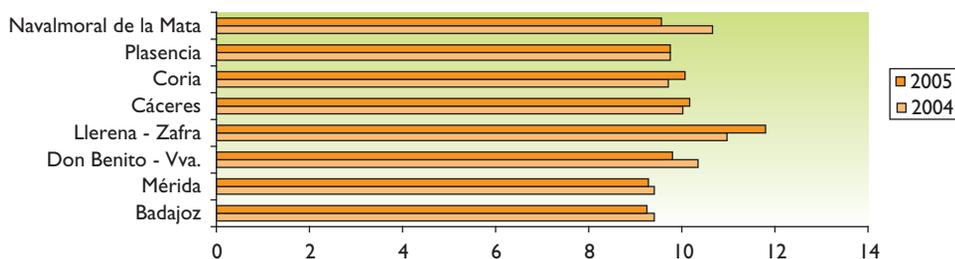
Fuente: SES. Subdirección de Atención Primaria.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Por otra parte, también es posible desglosar la frecuentación en consultas de médico de familia por áreas de salud.

En la Figura 9.3 se refleja la comparativa entre los años 2004 y 2005, donde pueden apreciarse:

- Cifras muy similares en todas las áreas de salud (entre 9,5 y 11), excepto en el caso del Área de Llerena-Zafra.
- Ligeras variaciones en los datos entre 2004 y 2005 (con las excepciones de Llerena-Zafra y de Navalmoral de la Mata), observándose una leve tendencia general al descenso de la frecuentación.

Figura 9.3 Frecuentación en consultas de médico de familia por áreas de salud. Extremadura. 2004-2005



Fuente: SES. Subdirección de Atención Primaria.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La Cartera de Servicios de Atención Primaria, con más de 15 años de historia, junto con la nueva Cartera del SES en Atención Primaria, han supuesto la implementación de una herramienta de mejora de la calidad de los servicios que se prestan desde los recursos de atención primaria del SSPE a la población extremeña.

CAPÍTULO

Permite no sólo mostrar la oferta de servicios de este nivel asistencial sino que, además, incorpora mediante su metodología de seguimiento y evaluación de esta oferta, información sobre los contingentes de población incluidos en cada uno de los servicios (y, por ello, la cobertura de los mismos con relación a las correspondientes poblaciones totales subsidiarias), y unas normas técnicas que pretenden proporcionar estándares de calidad asistencial para cada uno de los servicios que contiene la Cartera.

El análisis de la misma permite:

- Obtener información cualitativa sobre, al menos, parte de la actividad asistencial que se realiza desde los equipos de atención primaria.
- Expresar, mediante un índice sintético, el denominado producto global, la carga de trabajo que supone la consecución de unos determinados resultados en cuanto a la cobertura de cada uno de los servicios contenidos en la Cartera.
- Detectar áreas de mejora en lo referente a la detección de deficiencias de coberturas de determinadas actividades incluidas en la Cartera, sirviendo como patrón de comparación entre las diferentes zonas básicas de salud, así como el grado de consecución de los estándares de calidad incluidos como normas técnicas, posibilitando el diseño e impacto de medidas específicas destinadas a subsanar estas deficiencias, bien en lo referente a coberturas de los servicios o con relación al cumplimiento de los estándares de calidad.

En definitiva, la Cartera de Servicios en Atención Primaria del SES constituye una herramienta imprescindible a la hora de examinar la actividad asistencial, ya que, en ausencia de un registro de morbilidad adecuado, constituye la mejor perspectiva disponible de la actividad desarrollada desde un punto de vista cualitativo en relación con determinados problemas de salud, aún a sabiendas de que no refleja la totalidad de la actividad que se realiza desde los recursos de atención primaria.

Los resultados globales de la evaluación de la Cartera de Servicios en Atención Primaria a lo largo del periodo 2001-2007 se muestran en la Tabla 9.8.

Puede observarse una evolución positiva en la gran mayoría de los servicios durante el periodo evaluado, aunque algunos de ellos aún cuentan con un amplio margen de mejora.

Tabla 9.8

Evaluación de la Cartera de Servicios de Atención Primaria. Extremadura. 2001-2007

Nº	Servicio Nombre	Coberturas (%)							TCM
		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
100	Consulta niños	87,68	87,72	92,79	97,87	98,73	103,68	104,25	2,88
101	Vacunaciones	99,88	93,10	96,17	97,06	96,75	94,00	96,93	-0,50
102	Revisiones del niño sano (0-23 meses)	124,41	125,35	125,51	119,78	132,22	124,13	129,31	0,64
103	Revisiones del niño sano (2-5 años)	84,63	82,73	82,51	80,87	84,46	84,99	88,67	0,78
104	Revisiones del niño sano (6-14 años)	80,41	74,94	73,21	78,18	81,01	81,55	75,96	-0,95
105	Educación para la salud en centros educativos	32,44	35,08	45,58	46,77	48,28	49,32	55,11	8,63
106	Prevención de la caries infantil	64,47	63,55	70,81	77,37	81,81	89,82	91,51	5,78
200	Captación y valoración de la mujer embarazada	91,23	84,02	89,77	90,84	93,69	89,90	89,89	-0,25
201	Seguimiento de la mujer embarazada	130,28	118,72	95,95	119,19	105,56	109,98	112,19	-2,49
202	Preparación al parto	45,82	48,29	52,42	52,86	53,68	54,31	52,36	2,22
203	Visita en el primer mes de postparto	61,49	59,25	69,45	64,50	66,46	65,70	60,21	-0,35
204	Información y seguimiento de métodos anticonceptivos	20,11	24,05	27,25	22,98	24,70	24,80	24,70	3,42
205	Vacunación de la rubeola	30,80	32,42	38,62	40,71	43,19	41,42	41,52	4,94
206	Diagnóstico precoz de cáncer de cérvix	11,60	14,18	18,68	15,56	14,28	14,21	14,79	4,03
207	Diagnóstico precoz de cáncer de endometrio	38,77	42,05	45,27	45,83	45,55	45,21	47,49	3,37
208	Diagnóstico precoz de cáncer de mama	50,00	48,51	54,77	54,27	52,78	48,73	50,87	0,29
209	Atención a la mujer en el climaterio	32,79	36,23	38,21	41,25	33,08	38,44	38,29	2,58
300	Consulta adultos	70,60	72,90	76,90	86,02	87,00	92,85	86,49	3,37
301a	- Mayores o iguales a 65 años	66,59	62,24	65,88	69,71	67,58	65,97	63,82	-0,71
301b	- Menores de 65 años	38,21	30,99	33,64	44,97	42,38	43,20	37,51	-0,31
302	Vacunación del tétanos	16,53	17,48	15,51	18,60	19,33	19,26	20,74	3,76
303	Vacunación de la hepatitis B a grupos de riesgo	20,46	27,95	31,00	34,18	39,33	40,20	41,22	11,22
304	Prevención de enfermedades cardiovasculares	45,91	47,25	51,23	53,86	52,43	54,80	52,89	2,36
305	Atención a pacientes crónicos: hipertensos	59,59	60,47	63,44	57,44	66,02	66,46	67,26	2,02
306	Atención a pacientes crónicos: diabetes	84,72	86,59	90,37	93,54	95,57	88,14	95,80	2,05
307	Atención a pacientes crónicos: EPOC	34,97	38,01	37,62	37,44	37,00	36,99	34,52	-0,22
308	Atención a pacientes crónicos: obesos	53,41	56,18	54,52	63,49	66,34	59,63	65,86	3,48
309	Atención a pacientes crónicos: hipercolesterolemia	32,26	34,31	36,41	32,35	40,08	41,03	41,57	4,21
310	Atención a pacientes con VIH - sida	11,60	12,48	13,71	14,73	15,25	12,56	14,59	3,80
311	Educación a grupos de pacientes crónicos: diabéticos	8,64	9,06	10,12	13,59	12,99	14,01	13,20	6,96
312	Educación para la salud a otros grupos	2,27	2,80	4,14	4,80	4,80	4,84	4,79	11,89
313	Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados	53,49	44,11	45,70	43,87	45,27	44,36	50,78	-0,87
314	Atención a pacientes terminales	65,78	61,91	68,16	84,86	79,00	78,56	72,48	1,62
315	Atención al consumidor excesivo de alcohol	3,90	4,49	4,94	5,10	5,35	5,68	5,80	6,53
316	Prevención y detección de problemas en el anciano	33,46	38,79	45,85	49,62	45,16	49,24	49,17	6,34
317	Cirugía menor	17,56	25,01	32,81	37,00	37,68	38,01	38,50	12,45
400	Tratamientos fisioterapéuticos básicos	75,34	78,70	87,38	99,28	97,20	102,54	121,56	7,83

Fuente: SES. Subdirección de Atención Primaria.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

c) Atención continuada

Extremadura dispone de una amplia red de puntos de atención continuada (PAC), que constituyen el recurso específico desde el que se garantiza la atención continuada en atención primaria fuera del horario habitual de funcionamiento de los diversos centros y, en particular, a partir de las 15 horas de lunes a viernes y las 24 horas los sábados, domingos y festivos. Estos PAC se integran en el conjunto de recursos destinados a la urgencia, cubriendo la totalidad del territorio de Extremadura. Y han experimentado, tanto en recursos como en actividad, un importante incremento en los últimos años. El número de PAC ha pasado de los 100 en 1996 y 110 en 2001, hasta los 128 en 2008.

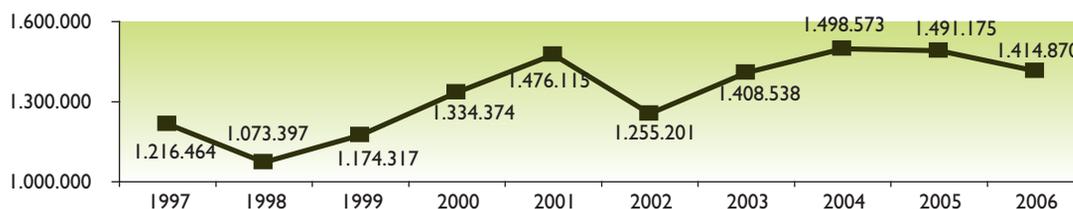
Con la creación de las categorías de personal médico y de enfermería de atención continuada (Órdenes de la Consejería de Sanidad y Consumo de 20 de junio de 2005) y la posterior implementación de plazas específicas, el SSPE responde a las dificultades planteadas para cubrir las necesidades de Extremadura en este ámbito, agravadas durante los últimos años por la escasez de profesionales sanitarios, especialmente de médicos. A finales de 2007 ejercían en atención continuada un total de 240 médicos y 284 enfermeros. Tabla 9.9.

Tabla 9.9 Recursos sanitarios por áreas de salud en atención continuada. Extremadura. 2007

Áreas de salud	PAC (2008)	Médicos	Enfermeros
Badajoz	23	52	52
Mérida	14	24	37
Don Benito-Villanueva	17	28	39
Llerena-Zafra	12	21	30
Cáceres	25	50	49
Coria	9	16	19
Plasencia	18	33	36
Navalmoral de la Mata	10	16	22
Extremadura	128	240	284

Fuente: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La evolución de los datos asistenciales en atención continuada revela una tendencia general al incremento de la actividad en este ámbito; sin embargo durante los últimos años se observa una cierta estabilización, aunque siempre con cifras muy elevadas, superiores a 1.400.000 consultas desde 2003. Figura 9.4.

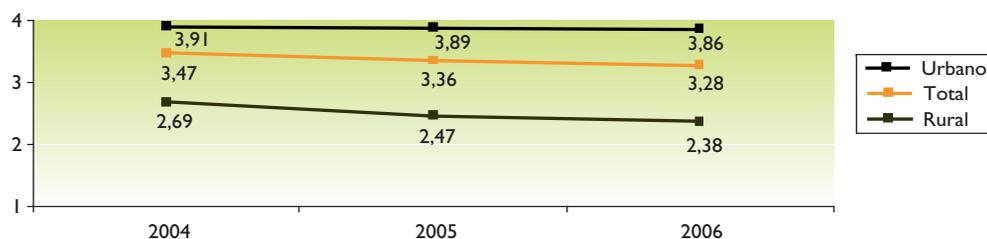
Figura 9.4 N° de consultas atendidas en atención continuada. Extremadura. 1997-2006


Fuente: SES. Subdirección de Atención Primaria.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

Por su parte, el porcentaje de intervenciones que requirieron la derivación del paciente al hospital se sitúa en torno al 3,30%, con una ligera tendencia descendente. Figura 9.5.

Figura 9.5 Porcentaje de derivaciones al hospital en atención continuada según el tipo de PAC. Extremadura. 2004-2006


Fuente: SES. Subdirección de Atención Primaria.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

d) Unidades de apoyo en atención primaria

El mapa de recursos de atención primaria se completa con una serie de unidades de apoyo que, mediante el abordaje específico de determinados aspectos de la atención a la salud, proporcionan al primer nivel una mayor capacidad resolutive y mejoran el acceso de los ciudadanos a los distintos servicios sanitarios.

El conjunto de estas unidades de apoyo a la atención primaria, formado por unidades de telemedicina, fisioterapia, salud bucodental (USBD) y radiología, así como por los equipos de salud mental, centros de orientación familiar más unidades de atención a la mujer (COF/UAM), y centros de atención a las drogodependencias más puntos de atención a las drogodependencias (CEDEX/PAD), constituyen una pieza fundamental de la atención primaria tal y como hoy la conocemos. Tabla 9.10.

CAPÍTULO

Tabla 9.10 Evolución de las unidades de apoyo en atención primaria. Extremadura. 2004 y 2008

Áreas	Telemedicina		Fisioterapia		USBD		Radiología		ESM		COF/UAM		CEDEX/PAD	
	2008	2004	2008	2004	2008	2004	2008	2004	2008	2004	2008	2004	2008	
Badajoz	6	7	13	6	6	4	4	5	5	4	6	1	3	
Mérida	2	4	5	3	4	2	2	2	2	3	3	2	2	
Don Benito-Vva.	3	10	10	5	5	2	2	3	3	6	6	2	6	
Llerena-Zafra	3	5	6	4	4	4	3	2	2	4	4	4	4	
Cáceres	5	8	8	6	8	1	5	2	2	6	6	2	2	
Coria	1	2	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	
Plasencia	4	6	9	2	3	1	1	1	2	3	3	2	2	
Navalmoral	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	
Extremadura	25	43	57	30	34	16	19	17	18	28	30	14	21	

Fuente: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

9.3.2 ATENCIÓN A CONDUCTAS ADICTIVAS

a) Recursos específicos

Los recursos específicos de atención a las conductas adictivas por áreas de salud se reflejan en la Tabla 9.11.

Tabla 9.11 Recursos específicos de atención a las conductas adictivas por áreas de salud. Extremadura. 2007

Recursos	BA	ME	DB	LL	CC	CO	PL	NV	SES
Centros de Atención Ambulatoria (*)	5	2	6	4	3	1	2	1	24
Comunidades Terapéuticas	1	2	1	1	-	1	1	-	7
Unidad Móvil de Reducción de Daño	2	-	-	2	2	-	1	-	6
Centros de Atención Ambulatoria (**)	2	2	3	2	2	1	-	-	12
Centros de Tratamiento Breve	-	-	1	-	1	-	-	-	2
Unidades de Desintoxicación Hospitalaria	1	-	-	-	-	-	1	-	2
Asociaciones Jugadores Azar Rehabilitación	1	1	1	-	1	-	1	-	5
Pisos de Reinserción	-	-	2	-	1	-	-	-	3
Centros de Día	-	2	1	-	-	-	-	-	3

(*) Equipos de Conductas Adictivas (ECA); Puntos de Atención a Drogodependencias (PAD); Cruz Roja de Atención al Toxicómano (CREATO); Centros Penitenciarios (***) Alcohol.

Fuente: SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.

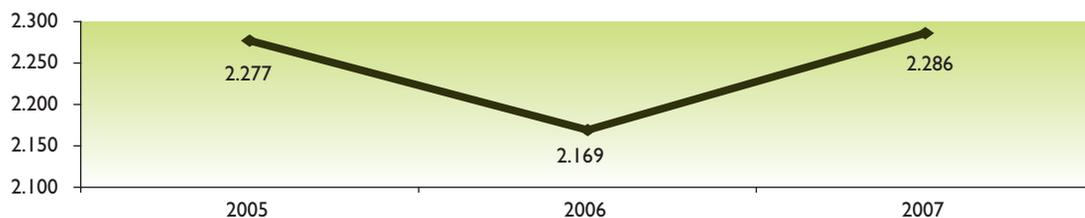
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

b) Admisiones a tratamiento

Con relación a los casos admitidos a tratamiento durante los últimos tres años en los centros ambulatorios de atención a drogodependencias y otras conductas adictivas, por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (incluidos tabaco y alcohol), se observa un mantenimiento en el número de casos. Figura 9.6.

Figura 9.6

Evolución del número total de casos admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Extremadura. 2005-2007



Fuente: SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

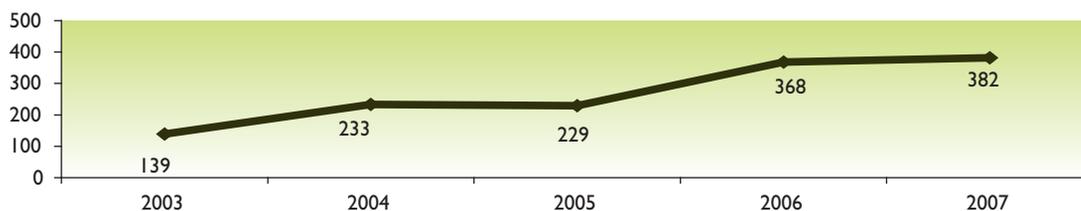
Las características generales de los pacientes admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas durante 2007 en Extremadura, indican que:

- La mayoría (80,8%) son hombres.
- La principal droga de consumo que motiva el tratamiento es la heroína (44,7%), constatándose en los últimos años un ligero descenso en el número de admisiones a tratamiento; seguido de alcohol (29,9%), cocaína (19,9%) y cánnabis (4,8%), (estas dos últimas continúan en aumento), hipnóticos y sedantes (0,3%), y anfetaminas y derivados (0,2%).
- La vía de consumo más frecuente sigue siendo la inhalada o fumada (55,36%), seguida por la oral (30,9%, incluyendo el alcohol), la esnifada (12,2%) y, en último lugar y prácticamente en desuso, la vía parenteral (1,3%).

Respecto a la evolución del número de pacientes atendidos en los dispositivos de atención al juego patológico en centros conveniados con el SES (Asociaciones de Jugadores de Azar en Rehabilitación), se observa un aumento de los mismos. Figura 9.7.

Figura 9.7

Evolución del número de pacientes atendidos en los dispositivos de atención al juego patológico en centros conveniados con el SES. Extremadura. 2003-2007



Fuente: SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

9.3.3 ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

Las actuaciones en materia de prevención de la enfermedad mental se han venido realizando en el marco de los programas de educación para la salud, subvencionados desde la CSD.

En total, a diciembre de 2006, en el conjunto de dispositivos de atención a la Salud Mental desempeñaban su labor 677 profesionales asistenciales a jornada completa. Si se detrae el personal asistencial de los hospitales psiquiátricos no adscrito a unidades hospitalarias específicamente sanitarias, la dotación de personal se sitúa en 385 profesionales a jornada completa.

La dotación de la oferta de atención a la salud mental en Extremadura se refleja en la Tabla 9.12.

Tabla 9.12 Dotación de la oferta de atención a la salud mental. Extremadura. 2006

	Unidades	Plazas	Profesionales			
			Psiquiatra	Psicólogo	Enfermera	Otros
Equipos de Salud Mental Adultos	14		34	24	21	8
Equipos de Salud Mental Infantojuvenil	3		1	1	1	
Unidad Trastornos Alimentación	1		1			
Unidades Hospitalización Breve	4	110				
Hospital de Día	0					
Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRP)	6	360		18		30
Pisos de apoyo CRP	6					12
Programa Apoyo Sostenido CRP	1	30				
Centros Residenciales de Rehabilitación	2	60		3		26
Pisos supervisados	10	40				
Programa de Rehabilitación Laboral	2					7
Programa específico de Atención Social	0					
Centros de Ocio	6					
Hospitales Psiquiátricos (H.P.)	2	770				
Unidades de Estancia Media en H.P.	2	42				
Unidad Rehabilitación Hospitalaria en H.P.	1	64				

Fuente: SES. Subdirección de Salud Mental.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

9.3.4 ATENCIÓN ESPECIALIZADA

El SSPE, definido en la Ley 10/2001 de 28 de junio, de Salud de Extremadura, viene a consolidarse con la culminación del proceso de transferencias sanitarias en diciembre

de 2001. La concepción integral de la salud derivada de la propia Ley se traslada al sistema sanitario determinando una organización acorde con la misma, fundamentada en la integración dentro de una misma estructura gerencial de los niveles de atención primaria y atención especializada.

Sin embargo, la atención especializada sigue consumiendo, como tradicionalmente ha sucedido, la mayor parte de los recursos destinados a los cuidados de salud. El programa de modernización de las infraestructuras sanitarias puesto en marcha por la Administración Autonómica, que tiene como objetivo la adecuación de las mismas a las necesidades de la población extremeña de acuerdo con lo establecido en el *Plan de Salud de Extremadura 2005-2008*, así como dar respuesta a uno de los objetivos del Gobierno Autonómico de mejorar el entorno y la calidad de la atención en los hospitales públicos a través de la oferta de una habitación por enfermo, ha contribuido, sin duda, a pesar de las inversiones realizadas en atención primaria, a mantener esa diferencia.

No obstante, el Sistema Sanitario se dirige hacia el futuro dibujado en la Ley de Salud, haciendo efectivos los derechos de los usuarios recogidos en la misma, adoptando las medidas necesarias para ofertar una atención de calidad no sólo científica, sino también de relación con el ciudadano a través de una mejora de los entornos sanitarios y la accesibilidad a los servicios, potenciando aquellos recursos que contribuyan a la mejora de la calidad asistencial, favoreciendo la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias y, en definitiva, situando al ciudadano en el centro del propio sistema.

A pesar del camino recorrido hasta ahora, esa filosofía en la concepción de la salud que emana de la propia Ley necesita también el impulso de nuevas estrategias de gestión que permitan afrontar el modelo organizativo propuesto, a través de una visión clara y efectiva de los niveles de decisión, mejorando los sistemas de información de forma que favorezcan la toma de decisiones y adecuando la oferta de servicios y prestaciones a las necesidades detectadas en la comunidad. Todo ello ha de contribuir a la mejora de nuestro sistema sanitario y de la salud de los ciudadanos.

a) Mapa de recursos en atención especializada

Cada una de las ocho áreas de salud del SSPE cuenta, al menos, con un hospital de área y, en algunos casos, se implementan otros hospitales complementarios constituyendo los llamados complejos hospitalarios, que actúan funcional y estadísticamente como un solo centro sanitario.

A 31 de diciembre de 2007, Extremadura contaba con 26 centros hospitalarios y un total de 4.368 camas instaladas (Tablas 9.13 y 9.14). Si atendemos a su finalidad asis-

CAPÍTULO

tencial, nos encontramos 24 centros hospitalarios generales, 2 hospitales psiquiátricos provinciales (en proceso de ser incorporados al SSPE) y ninguno de larga estancia. Mientras que si consideramos su dependencia patrimonial, quedan repartidos en 16 centros hospitalarios públicos (7 de los cuales forman 3 complejos hospitalarios) y 10 hospitales privados. Tabla 9.13.

Tabla 9.13 Hospitales según dependencia patrimonial y finalidad asistencial por áreas de salud. Extremadura. 2007

Hospitales	BA	ME	DB	LL	CC	CO	PL	NV	Extremadura
Hospitales públicos									
H. Generales	3*	2	2	2*	2*	1	1	1	14
H. Psiquiátricos		1					1		2
Hospitales privados									
H. Generales	2	1	3	1	2		1		10
Total	5	4	5	3	4	1	3	1	26

*Forman un solo complejo hospitalario.

Fuente: CSD. Catálogo Hospitales de Extremadura 2007.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Las áreas de salud de la provincia de Badajoz disponen de 17 centros hospitalarios: 9 pertenecen a la red pública del SES y funciona 1 Hospital Psiquiátrico (H. Psiquiátrico “Adolfo Díaz Ambrona” de Mérida), perteneciente a la Diputación Provincial pero que se encuentra en proceso de integración al SSPE. El resto corresponde a hospitales privados, de los que 2 se ubican en la ciudad de Badajoz (“Los Naranjos” y “Clideba”), 1 en Almendralejo (“Ntra. Sra. del Pilar”), 1 en Don Benito (“San Antonio”), 1 en Villanueva de la Serena (“Santa Justa”), 1 en Castuera (“La Serena”) y 1 en Zafra (“Vía de la Plata”).

A su vez, las áreas de salud de la provincia de Cáceres disponen de 9 centros hospitalarios: 5 pertenecen a la red pública del SES y funciona 1 hospital psiquiátrico (“Complejo Sanitario Provincial de Plasencia”, perteneciente a la Diputación Provincial y en pleno proceso de integración al SSPE). Mientras que los 3 hospitales restantes son privados: dos de ellos se ubican en la ciudad de Cáceres (“San Francisco” y “Virgen de Guadalupe”) y otro en Plasencia (“Soquimex”).

En Extremadura existen tres complejos hospitalarios públicos:

- El Complejo Hospitalario de Badajoz, formado por el Hospital Regional “Infanta Cristina”, el Hospital “Materno-Infantil” y el Hospital “Perpetuo Socorro”.
- El Complejo Hospitalario de Cáceres, integrado por el Hospital “San Pedro de Alcántara” y el Hospital “Ntra. Sra. de la Montaña”.

- El Complejo Hospitalario Llerena-Zafra, formado por los Hospitales de Llerena y de Zafra.

En cuanto al número de camas instaladas en Extremadura, a 31 de diciembre de 2007 ascendían a un total de 4.368, de las que 3.099 dependían funcionalmente del SES (71% del total de camas instaladas), 816 correspondían a los dos hospitales psiquiátricos (19% del total de camas instaladas) y 453 correspondían a camas del sector privado (que representaban el 10% del total de las camas instaladas). En Extremadura, a 31 de diciembre de 2007, existían 4 camas instaladas por mil habitantes. Tabla 9.14.

Tabla 9.14

Hospitales por área de salud. Nº total de camas instaladas y camas instaladas/1.000 habitantes*. Extremadura. 2007

	BA	ME	DB	LL	CC	CO	PL	NV	Extremadura
SES	933	412	332	247	716	125	232	102	3.099
	-3,48	-2,58	-2,33	-2,31	-3,66	-2,52	-2,07	-1,85	-2,84
H. Psiquiátricos		466					350		816
		(0,69)**					(0,85)***		(0,74)****
H. Privados	115	100	129	20	69		20		453
	-0,42	-0,61	-0,9	-0,19	-0,35		-0,17		-0,41
Total	1.048	978	461	267	785	125	602	102	4.368
	-3,91	-6,02	-3,24	-2,5	-4,02	-2,52	-5,37	-1,85	-4

(*) Base poblacional: Padrón Municipal 2007. (**) Para el total de la provincia de Badajoz. (***) Para el total de la provincia de Cáceres. (****) Para el total de Extremadura.

Fuente: CSD. Catálogo Hospitales de Extremadura 2007.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La Estadística de Indicadores Hospitalarios correspondiente al año 2005 (última disponible), recoge que en España el índice de camas en funcionamiento por mil habitantes era de 3,36, mientras que en Extremadura era de 3,48, lo que representa un ligero superávit con relación al indicador nacional (a diferencia de lo que ocurría en años precedentes). Reseñar que a partir de los años 90 se ha producido un estancamiento general en el número de camas de los centros hospitalarios, tanto instaladas como en funcionamiento, propiciado esencialmente por unos mayores índices de rotación y porcentajes de ocupación de las camas hospitalarias, así como por el incremento de las técnicas ambulatorias, tanto diagnósticas como terapéuticas.

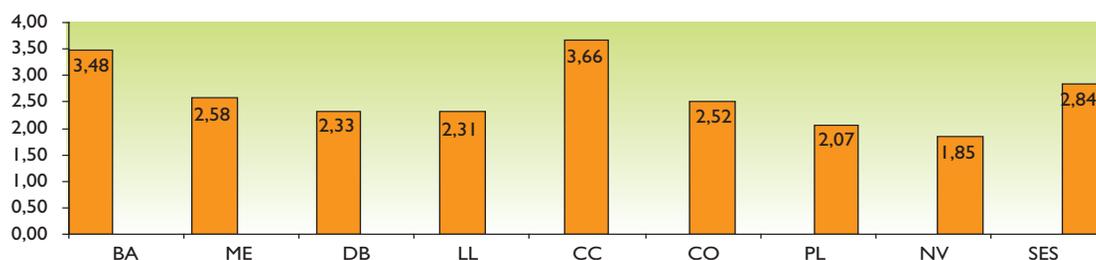
Todas las áreas de salud, excepto el Área de Salud de Navalmoral, superan las 2 camas/1.000 habitantes, dado que la puesta en funcionamiento de los nuevos hospitales en las Áreas de Mérida (H. "Tierra de Barros" en Almendralejo) y de Don Benito-Villanueva (H. "Siberia-Serena" en Talarrubias) permitió a estas áreas sobrepasar

CAPÍTULO

sar dicha cifra. Actualmente se está construyendo un nuevo hospital en la ciudad de Cáceres, contemplándose su puesta en funcionamiento dentro del periodo del IV Plan de Salud de Extremadura. Las camas públicas instaladas/1.000 habitantes correspondiente a los hospitales del SES en el año 2007 son de 2,84. Figura 9.8.

Figura 9.8

Camas públicas instaladas en hospitales del SES/1.000 habitantes. 2007



Fuente: CSD. Catálogo Hospitales de Extremadura 2007.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El plan de actuación en infraestructuras recoge, igualmente, obras de ampliación y acondicionamiento en el resto de los hospitales del SES, de forma que les permita afrontar los retos futuros y dar respuesta a las necesidades que se planteen por parte de la sociedad a través de la incorporación de nuevos servicios asistenciales y la mejora en la atención sanitaria en los ya existentes (una habitación por enfermo).

Todo ello va a posibilitar la adaptación de la red hospitalaria del SES a los nuevos requerimientos sociales, de manera que permitan al usuario y a sus familiares el confort, la intimidad y el trato personalizado a que tienen derecho, además de mejorar su accesibilidad.

El plan de mejora de la red hospitalaria del SES no se limita a la adecuación de espacios que facilitan una mejora en la atención y en el trato a los usuarios, sino que además contempla la progresiva incorporación de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas de acuerdo a las necesidades previstas y la necesaria renovación de equipos ya existentes. Esto está permitiendo la práctica en los propios hospitales de pruebas diagnósticas y terapéuticas que anteriormente se realizaban a través de conciertos con el sector privado.

Concretamente se ha dotado a la red hospitalaria pública de Resonancia Magnética Nuclear (RMN), TAC Helicoidales y Aceleradores Lineales de acuerdo a las necesidades de las diferentes áreas de salud; Ecógrafos y Telerradiología en todos los hospitales; nuevas Unidades de Hemodinámica en Cáceres, Mérida y Badajoz; y nuevas Unidades de Litotricia Renal y de Radioterapia en Mérida. Tabla 9.15.

Tabla 9.15 Equipos de alta tecnología en hospitales del SES por áreas de salud. Extremadura. 2007

	BA	ME	DB	LL	CC	CO	PL	NV	Extremadura
TAC	4	3	2	2	2	1	2	1	17
Resonancia Magnética Nuclear	2	1	1	1	1		1		7
Gammacámara	3				2				5
Salas de Hemodinámica	2	1			1				4
Sala de Arritmias y Electrofisiología	1								1
Angiografía Digital	2								2
Litotricia Ondas Choque		1							1
Bomba de Cobalto									
Acelerador partículas	3	1					1		5
Tomografía por Fotones	2								2
Tomografía por Positrones	1								1
Mamógrafos	3	3	2	2	2	1	1		14
Densitómetros óseos	1								1
Equipos de hemodiálisis	28			12	22				62
Total	52	10	5	17	30	2	5	1	122

Fuente: CSD. Catálogo Hospitales de Extremadura 2007.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

b) Recursos humanos en atención especializada

El análisis de los recursos humanos en atención especializada correspondiente a los hospitales del SES se ha realizado a través de los datos recibidos en la Consejería de Sanidad y Dependencia correspondientes a la ESCRI (Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado) del año 2006. Los datos de este apartado incluyen de manera explícita los puestos de trabajo de los centros de especialidades adscritos al hospital, sin embargo no se incluyen los MIR, los residentes de otras licenciaturas (FIR, BIR, etc.), ni matronas en formación, personal que posee unas relaciones laborales de carácter especial. Asimismo, no se incluye el personal con una vinculación menor a 36 horas semanales ni los colaboradores habituales. Tabla 9.16.

Tabla 9.16 Personal de atención especializada en hospitales del SES por áreas de salud. Extremadura. 2006

≥ 36 horas semanales	BA	ME	DB	LL	CC	CO	PL	NV	Extremadura
Directivo-Gestión	16	22	7	5	17	1	8	5	81
Personal Sanitario									
Médicos/as	501	203	141	127	334	66	142	83	1.597
Farmacéuticos/as	8	3	3	2	7	1	3	1	28
Otros titulados superiores	4	5	0	0	1	2	10	0	22
Enfermeros/as	897	337	274	202	615	129	248	108	2.810
Ayudantes sanitarios	747	267	207	204	583	118	193	106	2.425
Personal no sanitario									
Asistentes sociales	6	2	1	2	5	1	1	1	19
Personal de oficina	681	39	177	25	413	92	164	132	1.723
Otros titulados superiores	0	0	1	0	5	0	1	0	7
Otros titulados medios	12	4	4	0	10	1	1	2	34
Administrativos	269	127	99	5	189	42	93	11	835
Otros	6	189	0	217	2	8	0	0	422
Total personal	3.147	1.198	914	789	2.181	461	864	449	10.003

Fuente: ESCRI 2006.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

Los indicadores de personal ponderado por cama en funcionamiento, según la Estadística de Indicadores Hospitalarios 2005, se situaban para España y Extremadura en: 2,92 y 2,89 para el total del personal; 2,10 y 1,96 para el personal sanitario; 0,44 y 0,42 para el personal médico; 0,83 y 0,77 para el personal de enfermería; 0,79 y 0,74 para ayudantes sanitarios; y 0,82 y 0,93 para el personal no sanitario.

Las diferencias en los niveles de personal por cama en funcionamiento en el ámbito estatal y autonómico son pequeñas, y prácticamente inexistentes si nos referimos a hospitales generales, donde se reflejan unos niveles que son para España y Extremadura, respectivamente, de: 3,52 y 3,58 para el total de personal; 2,55 y 2,46 para el personal sanitario; 0,55 y 0,56 para el personal médico; 1,03 y 1,02 para el personal de enfermería; 0,92 y 0,86 para ayudantes sanitarios; y 0,97 y 1,12 para el personal no sanitario.

Existen algunas áreas de salud con un cierto déficit de personal que, sobre todo en el caso de personal facultativo, puede relacionarse con una cartera de servicios incompleta en las mismas. No obstante, parejo a la mejora de las infraestructuras y adecuación de los centros hospitalarios a las necesidades planteadas, habrá de concretarse la correspondiente dotación de personal facultativo necesario para completar la cartera de servicios de las áreas de salud. Por otra parte, el tradicional déficit en algunas especialidades habrá de corregirse a medida que la disponibilidad de profesionales vaya permitiendo su incorporación al SSPE. Tabla 9.17.

Tabla 9.17 Personal en atención especializada/1.000 habitantes por áreas de salud. Hospitales del SES. Extremadura. 2006

	BA	ME	DB	LL	CC	CO	PL	NV	Extremadura
Medicina	1,89	1,26	1,00	1,19	1,71	1,32	1,27	1,48	1,47
Enfermería	3,38	2,10	1,94	1,90	3,16	2,58	2,21	1,93	2,59
Ay. sanitarios	2,82	1,66	1,47	1,92	2,99	2,36	1,72	1,89	2,23
Total personal	11,87	7,46	6,47	7,41	11,19	9,23	7,71	8,02	9,21

Fuente: ESCRI 2006.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

En todo caso, en materia de personal se está realizando una política para abordar de una manera integral (estatutarización, acuerdo sobre contrataciones, nuevas estrategias de formación, carrera profesional, etc.) el futuro de nuestro sistema sanitario y el papel que en el mismo deben desempeñar los profesionales, dando respuestas a las necesidades que el sistema presenta y a los nuevos servicios y prestaciones que la sociedad demanda.

c) Actividad asistencial en atención especializada

El análisis de la actividad asistencial en atención especializada correspondiente a los hospitales públicos de Extremadura trata de ofrecernos una visión del funcionamien-

to de los mismos en relación con los recursos disponibles y la demanda existente en el SSPE. Para ello, se recogerán los datos por áreas de salud, suministrados a través del Sistema de Información del SES, correspondientes a los hospitales de este organismo autónomo a fecha 31 de diciembre de 2006.

En aquellos indicadores que se estimen como más significativos, tratará de establecerse una correlación con los datos correspondientes a la ESCRI, relativos al año 2006, los cuales se encuentran disponibles en la CSD y sirven de base para la elaboración, por parte del INE, de la Estadística de Indicadores Hospitalarios a escala nacional (la última publicada corresponde al año 2005).

Dentro de los indicadores de actividad hospitalaria se pueden diferenciar distintos grupos, de los que se analizan los correspondientes a indicadores de hospitalización, de actividad en consultas, de actividad quirúrgica, indicadores de actividad obstétrica e indicadores de actividad en urgencias.

Los indicadores de hospitalización tratan de proporcionar una visión del funcionamiento interno del hospital en cuanto a movimiento de enfermos y utilización de las camas. En el cálculo de estos indicadores se emplea el número de camas en funcionamiento, el cual presenta una sensible diferencia en relación con el número de camas instaladas utilizadas en el Catálogo Nacional de Hospitales. Para el conjunto de los hospitales del SES, el porcentaje de camas en funcionamiento respecto a las camas instaladas oscila alrededor del 86%.

Entre los indicadores de hospitalización más significativos correspondientes a los hospitales del SES en 2006 se encuentra la estancia media (EM). Con respecto a los datos relativos a 2003 correspondientes a la ESCRI, en el total de Extremadura las cifras se mantienen muy estables, observándose un descenso en la EM (que pasa de 7,10 en 2003 a 6,73 en 2006). Tabla 9.18.

Tabla 9.18 Indicadores de hospitalización. Hospitales del SES. Extremadura. 2006

	BA	ME	DB	LL	CC	CO	PL	NV	SES
Porcentaje de ocupación	75,06	84,12	73,12	71,36	80,64	70,46	69,21	60,12	75,39
Índice de rotación (enfermo/cama)	36,97	49,31	38,91	44,68	41,83	43,23	40,98	43,4	40,91
Estancia media	7,41	6,23	6,86	5,83	7,04	5,95	6,16	5,06	6,73
Ingresos totales / 1.000 habitantes	121,86	86,37	73,54	84,54	97,04	80,06	83,88	65,35	93,47
% ingresos programados	30,85	16,44	16,16	27,51	32,48	24,09	22,94	19,39	25,97

Fuente: Sistema de Información del SES. 2006.

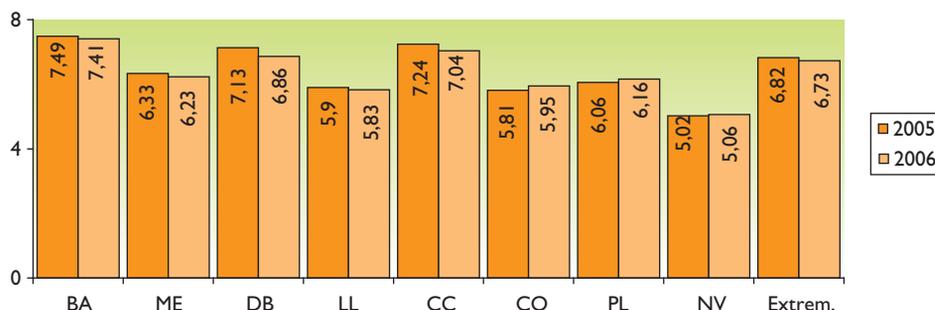
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

En la evolución de la EM durante los años 2005 y 2006 diferenciadas por áreas de salud, se observa una menor cifra en algunas áreas, lo que podría relacionarse con un

CAPÍTULO

menor índice de complejidad en los procesos tratados en el hospital correspondiente, siendo poco significativo el incremento producido para el total de los hospitales en el último año. Figura 9.9.

Figura 9.9 Estancia media por área de salud. Hospitales del SES. Extremadura. 2005-2006



Fuente: ESCRI (2005-2006).

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Según la Estadística de Indicadores Hospitalarios para el año 2005, la EM se situó, para el conjunto de los hospitales generales del SNS, en 6,80 días; mientras que para Extremadura reflejaba un total de 6,60, ligeramente inferior al indicador nacional.

Los indicadores de actividad en consultas recogen una parte importante del funcionamiento del hospital relacionada con las consultas realizadas, incluidas las consultas externas. Con respecto a los datos relativos a 2006 correspondientes a la ESCRI, en el conjunto de Extremadura se produce una ligera disminución de la actividad en consultas totales, aunque aumenta el porcentaje de primeras consultas con relación al total de las mismas, que oscila alrededor del 33%. Tabla 9.19.

Tabla 9.19 Principales indicadores de actividad en consultas. Hospitales del SES. Extremadura. 2006

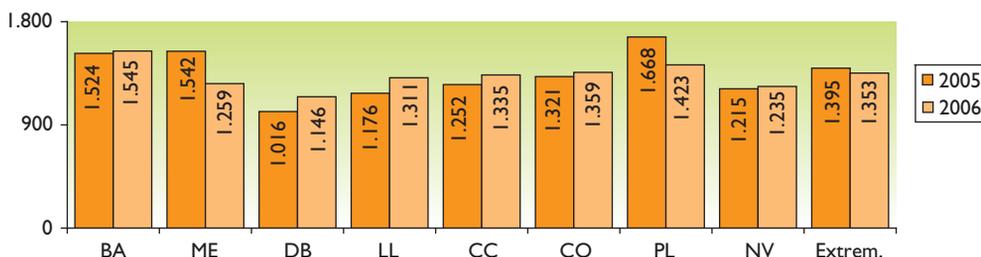
	BA	ME	DB	LL	CC	CO	PL	NV	SES
Consultas totales /1.000 habitantes	1.545	1.259	1.146	1.311	1.335	1.359	1.423	1.235	1.353
Consultas totales / día	1.122	554	444	383	713	186	437	189	4.028
Primeras consultas / día	358	173	171	129	258	68	145	58	1.359

Fuente: Sistema de Información del SES. 2006.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Con relación al indicador de consultas totales por 1.000 habitantes en las diferentes áreas de salud y su evolución a lo largo de 2005-2006, en general se aprecia bastante estabilidad en el mismo. Figura 9.10.

Figura 9.10 Consultas totales/1.000 habitantes por áreas de salud. Hospitales del SES. Extremadura. 2005-2006



CAPÍTULO

Fuente: ESCRI (2005-2006).

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Según la Estadística de Indicadores Hospitalarios para el año 2005, el número de consultas por 1.000 habitantes se situó para el conjunto de los hospitales generales del SNS en 1.171,10, mientras que para Extremadura reflejaba un total de 1.115,38.

Los indicadores de actividad quirúrgica muestran las intervenciones realizadas en los centros hospitalarios y el grado de aprovechamiento de los quirófanos en funcionamiento en los mismos. Durante 2006, con respecto a los datos obtenidos de la ESCRI relativos al año 2003, se observa un incremento de las intervenciones totales por 1.000 habitantes, acompañado de una disminución de las intervenciones programadas con hospitalización por día. Tabla 9.20 y Figura 9.11.

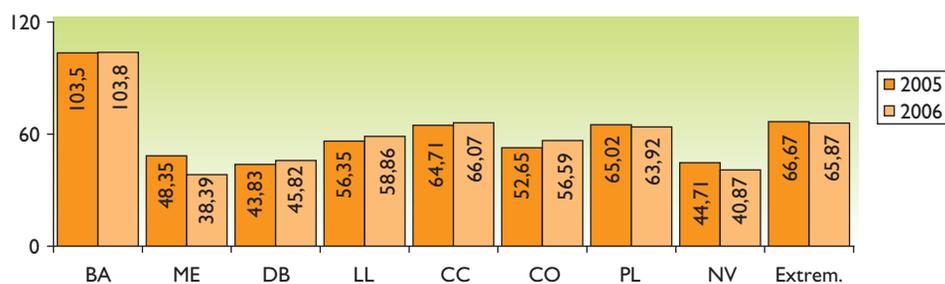
Tabla 9.20 Indicadores de actividad quirúrgica. Hospitales del SES. Extremadura. 2006

	BA	ME	DB	LL	CC	CO	PL	NV	SES
Intervenciones totales / 1.000 hab.	103,75	38,39	45,82	58,86	66,07	56,59	63,92	40,87	65,87
Int. programadas con hospitalización / día	25,97	7,54	5,88	6,01	17,33	2,95	6,07	2,1	73,84
Int. urgentes con hospitalización / día	10,37	4,09	3,49	2,62	5,71	1,28	4,06	1,22	32,84

Fuente: ESCRI 2006.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Figura 9.11 Intervenciones totales/1.000 habitantes por áreas de salud. Hospitales del SES. Extremadura. 2005-2006



Fuente: ESCRI 2006.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

La Estadística de Indicadores Hospitalarios para el año 2005 informa que el número total de actos quirúrgicos por 1.000 habitantes se situó para el conjunto de los hospitales del Sistema Nacional de Salud en 97,31, mientras que para Extremadura reflejaba un total de 79,08, lo que arroja una significativa diferencia en cuanto a la actividad quirúrgica hospitalaria con respecto al total nacional (aunque dicha diferencia es menor a la existente en 2000), que podría estar relacionada con un déficit de personal en determinadas especialidades.

Por otra parte, la mejora producida a lo largo del último año en el indicador de las intervenciones totales por 1.000 habitantes se ha visto confirmada por el tipo de procesos abordados, dando como consecuencia que se hayan contabilizado 97 trasplantes de órganos en 2007 (incluyendo 11 trasplantes hepáticos), y un total de 142 extracciones de órganos durante 2006.

Los indicadores de actividad obstétrica reflejan el grado de actividad desarrollada en los paritorios correspondientes a los centros hospitalarios, así como el porcentaje de cesáreas realizadas respecto a los partos totales. Tabla 9.21.

Tabla 9.21 Indicadores de actividad obstétrica. Hospitales del SES. Extremadura. 2006

	BA	ME	DB	LL	CC	CO	PL	NV	SES
Partos totales / día	9	5	3	2	4	1	2	1	27
% cesáreas/partos totales	23	25	36	43	31	23	29	22	28

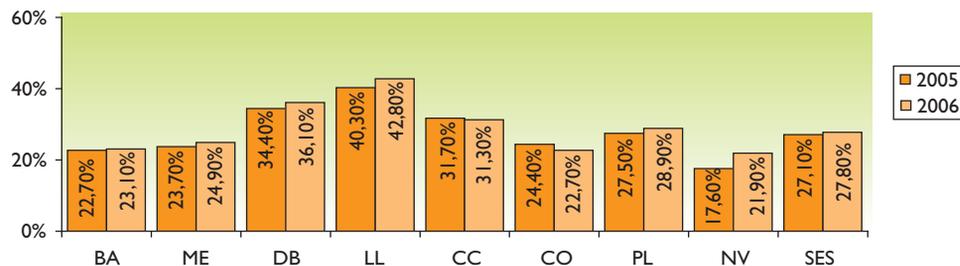
Fuente: ESCRI 2006.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Si se consideran los datos globales de Extremadura, se observa un ligero incremento de la actividad en 2006 con respecto a 2003, que afecta tanto al número de partos totales por día (25,69 en 2003), como al porcentaje de cesáreas respecto a los partos totales (26% en 2003).

El comportamiento del indicador de porcentaje de cesáreas con relación a los partos normales es diferente en los distintos hospitales del SES. Figura 9.12.

Figura 9.12 Porcentaje de cesáreas por áreas de salud. Hospitales del SES. Extremadura. 2005-2006



Fuente: ESCRI (2005-2006).

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Los indicadores de actividad de urgencias reflejan el grado de actividad realizada en los servicios de urgencias pertenecientes a los centros hospitalarios, así como el porcentaje de urgencias ingresadas respecto a las urgencias totales. Tabla 9.22.

Tabla 9.22 Indicadores de actividad de urgencias. Hospitales del SES. Extremadura. 2006

	BA	ME	DB	LL	CC	CO	PL	NV	SES
Urgencias totales/1.000 habitantes	566	359	430	379	398	325	340	357	424
Urgencias totales / día	411	158	167	111	213	45	105	55	1.263
Presión de urgencias	69	84	84	72	68	76	77	78	74
Porcentaje de urgencias ingresadas	15	16	14	16	15	19	15	12	15

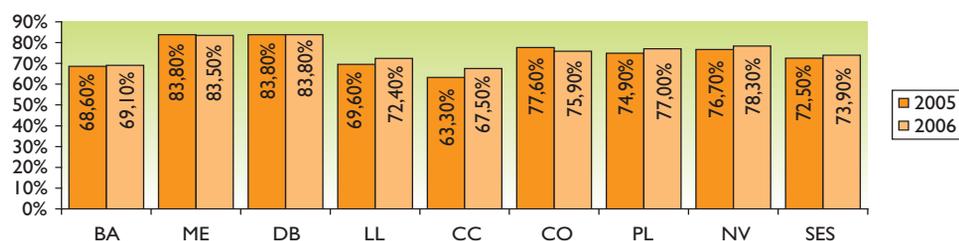
Fuente: ESCRI 2006.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Con respecto a los datos obtenidos de la ESCRI para 2003, las variaciones observadas apuntan a un incremento de la actividad de urgencias, que se traduce en un aumento de las urgencias totales (de 402 urgencias totales/1.000 habitantes en 2003, a 424 en 2006). Sin embargo, se estabiliza la presión de urgencias -como porcentaje que suponen los ingresos por urgencias en relación con el total de ingresos- (74 en ambos años), y disminuye ligeramente el porcentaje de urgencias ingresadas (del 17% baja al 15%).

La presión de urgencias aumentó en 2006 con respecto a 2005. Figura 9.13.

Figura 9.13 Presión de urgencias por áreas de salud. Hospitales del SES. Extremadura. 2005-2006



Fuente: ESCRI (2005-2006).

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Se observa una estabilización de las cifras de presión de urgencias en Extremadura, aunque las cifras siguen siendo muy elevadas y aún permanece una leve tendencia hacia su incremento, a diferencia de la constante progresión de años anteriores en todo el SNS. Esto viene a plasmar uno de los problemas estructurales de nuestro sistema sanitario, como es la utilización masiva de las urgencias hospitalarias.

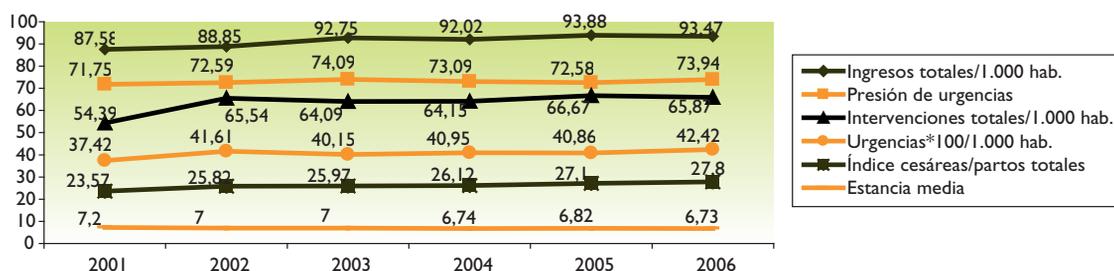
La Estadística de Indicadores Hospitalarios para el año 2005 informa que la presión de urgencias se situó en el 52,51% para el conjunto de los hospitales generales del

CAPÍTULO

SNS, mientras que para Extremadura era del 62%, lo que traduce el mayor porcentaje que suponen los ingresos por urgencias respecto a los ingresos programados, aunque se confirma la tendencia descendente de este indicador (que era del 69% en 2000). En cuanto a las urgencias totales por 1.000 habitantes, éstas se situaban en 562,14 para los hospitales del SNS, y en 470,09 para los de Extremadura, con tendencia hacia su incremento.

La evolución de los indicadores más importantes de actividad hospitalaria en el conjunto de los hospitales del SES desde 2001 hasta 2006, según los datos de la ESCRI (2001-2006), se refleja en la Figura 9.14.

Figura 9.14 Indicadores de actividad hospitalaria. Hospitales del SES. Extremadura. 2001-2006



Fuente: ESCRI (2001-2006).

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

En general, al analizar los indicadores de los hospitales del SES podemos observar una cierta estabilización de la actividad durante los últimos años, aunque se aprecia una significativa tendencia al descenso de la EM y del porcentaje de urgencias ingresadas, y al incremento del índice de cesáreas/partos totales.

9.3.5 URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS

La organización del Sistema de Urgencias y Emergencias Sanitarias de Extremadura descansa en una serie de principios organizativos básicos, como son:

- La constitución de una red única de urgencias y emergencias sanitarias en la que se incluyen recursos asistenciales, tanto de atención primaria como de atención especializada, así como de un Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias (CCU-112) integrado con el resto de los dispositivos de atención a urgencias y emergencias de la CAE.
- El desarrollo de los recursos propios de atención a las urgencias y emergencias.
- Y la promoción de la formación de todos los profesionales implicados.

El Centro Coordinador, a raíz de la asunción de las competencias en materia de asistencia sanitaria del SNS por la Comunidad Autónoma, se integró en el Centro de Urgencias y Emergencias 112 - Extremadura, incluyendo la dotación de recursos físicos y humanos del área sanitaria de dicho centro.

Durante 2007 se completó la dotación de unidades medicalizadas de emergencias (UME) terrestres en Extremadura, hasta alcanzar un total de 16 unidades. De esta forma, la totalidad de las áreas de salud cuentan actualmente al menos con una UME. Tabla 9.23.

Tabla 9.23 Evolución de las Unidades Medicalizadas de Emergencias. Extremadura. 2001, 2004 y 2007

	2001	2004	2007
Badajoz	1	1	3
Mérida	1	1	1
Don Benito - Villanueva	1	2	3
Llerena - Zafra	1	1	2
Cáceres	1	1	2
Coria	0	1	1
Plasencia	1	1	3
Navalmoral de la Mata	0	1	1
Total	6	9	16

Fuente: SES. Subdirección de Urgencias y Emergencias.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

En 2007 las 16 UMEs daban asistencia a un total de 1.083.385 habitantes, es decir, prácticamente al 100% de la población extremeña. Tabla 9.24.

Tabla 9.24 Cobertura poblacional de las Unidades Medicalizadas de Emergencias. Extremadura. 2007

Áreas de salud	Localidad de la base de la UME	Población cubierta
Badajoz	Badajoz	205.116
	San Vicente de Alcántara	24.636
	Jerez de los Caballeros	54.494
Mérida	Mérida	151.271
	Hospital de Don Benito-Villanueva	102.956
Don Benito-Villanueva	Herrera del Duque	24.592
	Cabeza del Buey	27.852
	Zafra	65.377
Llerena-Zafra	Azuaga	31.468
	Cáceres	120.000
Cáceres	Cañamero	19.939
	Coria	47.153
Plasencia	Plasencia	100.697
	Caminomorisco	23.188
Navalmoral de la Mata	Jaraíz de la Vera	30.182
	Navalmoral de la Mata	54.464
Extremadura	16 UMEs	1.083.385

Fuente: SES. Subdirección de Urgencias y Emergencias.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

Además, se encuentran en servicio dos unidades medicalizadas de emergencia aérea que operan desde sus bases en Don Benito y Cáceres. De orto a ocaso, y en condiciones climatológicas favorables, cubren prácticamente a la totalidad de la población extremeña; y un vehículo de intervención rápida (VIR) en la ciudad de Badajoz, atiende las urgencias que ocurren de 8 a 15 horas durante los días laborables.

La actividad desarrollada desde el Sistema de Urgencias y Emergencias Sanitarias de Extremadura, durante el año 2007, que fue canalizada a través del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias-I 12 se muestra en la Tabla 9.25.

Tabla 9.25

Actividad del Sistema de Urgencias y Emergencias Sanitarias, coordinado por el CCU-I 12. Extremadura. 2007

Unidad	Salidas	Media salidas día	Traslados	Media traslados día	Alta resolución in situ	Transferencias entre recursos	Traslados secundarios
Ambulancia convencional	8.909	24,41	8.909	24,41	0	39	26
Ambulancia Cruz Roja	243	0,67	929	2,55	0	3	13
PAC	11.723	32,12	83	0,23	23	0	0
Centros de Salud	4.875	13,36	14	0,04	14	0	0
Helicóptero Don Benito	111	0,30	67	0,18	4	2	39
Helicóptero de Cáceres	95	0,26	58	0,16	3	2	95
UME 1-1 Badajoz	1.707	4,68	613	1,68	150	14	109
UME 1-3 San Vicente Alcan.	222	0,61	75	0,21	17	3	0
UME 1-4 Jerez Caballeros	343	0,94	146	0,40	22	3	0
UME 2-1 Mérida	1.127	3,09	375	1,03	133	9	8
UME 3-1 Don Benito	912	2,50	291	0,80	74	24	10
UME 3-2 Herrera Duque	318	0,87	121	0,33	30	4	24
UME 3-4 Cabeza Buey	226	0,62	116	0,32	8	1	21
UME 4-1 Zafra	582	1,59	239	0,65	30	4	12
UME 4-3 Azuaga	268	0,73	144	0,39	14	0	1
UME 5-1 Cáceres	1.420	3,89	614	1,68	114	27	51
UME 5-2 Cañamero	187	0,51	89	0,24	12	2	1
UME 6-1 Coria	455	1,25	250	0,68	33	12	95
UME 7-1 Plasencia	982	2,69	390	1,07	111	22	32
UME 7-2 Caminomorisco	202	0,55	112	0,31	12	1	0
UME 7-3 Jaraíz Vera	246	0,67	100	0,27	33	0	0
UME 8-1 Navalmoral Mata	526	1,44	239	0,65	42	13	18
VIR 1-2 Badajoz	742	2,03	112	0,31	68	0	0
Total	27.513	75,38	14.087	38,59	947	185	555

PAC: Punto Atención Continuada. UME: Unidad Medicalizada de Emergencias. VIR: Vehículo de Intervención Rápida.
Fuente: CCU-I 12 de Extremadura.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Los datos sobre pacientes asistidos por la red de recursos de urgencias y emergencias sanitarias de Extremadura durante el año 2007 se representan en la Tabla 9.26.

CAPÍTULO

Tabla 9.26

Pacientes atendidos por el Sistema de Urgencias y Emergencias Sanitarias, coordinado por el CCU-112. Extremadura. 2007

Actividad	Nº total	Media diaria
Llamadas recibidas en el CCU-112 con intervención de médicos del centro	43.529	119,26
Pacientes atendidos por Equipos de Emergencias	9.930	27,21
Salidas realizadas por los Equipos de Emergencias	11.188 *	30,65
Pacientes trasladados a hospital por medios sanitarios (incl. Cruz Roja)	14.063	38,53

(*) En el total se contabilizan los 516 traslados secundarios realizados por los Equipos de Emergencias.

Fuentes: CCU-112 de Extremadura. SES. Subdirección de Urgencias y Emergencias.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Los datos de actividad del CCU-112 durante el periodo 2005-2007 se resumen en la Tabla 9.27.

Tabla 9.27

Datos de actividad del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias 112. Extremadura. 2005-2007

Actividad	2005	2006	2007	Dif. 2007-2006	% diferencia
Llamadas sanitarias	34.367	36.039	43.529	7.490	20,78%
Salidas 112	8.001	9.535	11.188	1.653	17,34%

Fuente: CCU-112 de Extremadura.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Se puede apreciar un incremento muy significativo de la actividad durante el año 2007, tanto de las salidas realizadas por las UMEs como, sobre todo, de las llamadas sanitarias recibidas y atendidas.

El incremento en la activación de las UMEs probablemente se encuentre influido por la puesta en funcionamiento de las nuevas unidades en Extremadura durante 2007.

Por otra parte, el mayor incremento de la actividad atendida se ha dado en la demanda resuelta sin activación de las UMEs tanto con movilización de otros recursos (centros de salud, PAC, ambulancia convencional, ambulancia de la Cruz Roja, etc.); como sin movilización de recursos, es decir, demandas resueltas por teléfono (consejo médico, informativas). Éstas últimas han supuesto 7.565 demandas resueltas sin activación de las UMEs, es decir, un 17,37% del total.

CAPÍTULO

9.4 ACCESIBILIDAD

9.4.1 LISTAS DE ESPERA

El número de pacientes pendientes de intervención quirúrgica ha ido disminuyendo desde el año 2003. A 31 de diciembre de 2007, el número de pacientes en espera estructural que se encontraban en esa situación era de 12.740, cifra similar al año anterior. El tiempo medio de espera de los pacientes en espera estructural (días) para intervenciones quirúrgicas es de 67, el mismo número de días que en 2006.

Por especialidades, el mayor número de pacientes en espera se da en Oftalmología (3.018), seguido de Traumatología (2.515), Cirugía General y Digestiva (2.397), Otorrinolaringología (1.117), Ginecología (1.103) y Urología (1.067).

Por patologías, el mayor número de pacientes en espera es por cataratas, a gran distancia del resto.

Por áreas de salud, la tendencia ha sido desigual, produciéndose en algunas de ellas leves o moderados aumentos en el número de pacientes en espera (Badajoz, Cáceres, Don Benito, Plasencia, etc.) a la vez que en otras se reflejaba un significativo descenso, como en Coria, con un 30% menos que en 2006. Tabla 9.28 y Figura 9.15.

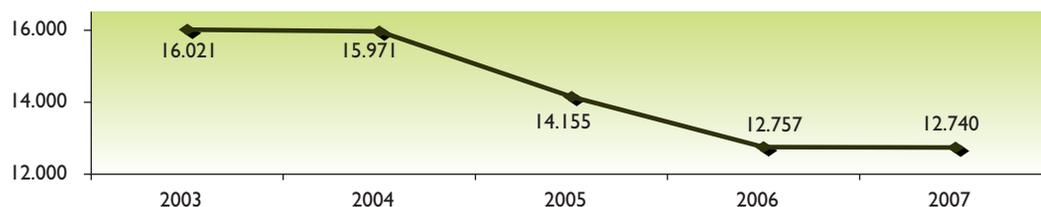
Tabla 9.28

Evolución de la lista de espera quirúrgica y tiempo medio de espera de los pacientes en espera estructural por área de salud. En número de pacientes (y días). Extremadura. 2003-2007

Áreas de salud	2003	2004	2005	2006	2007
Badajoz	3.591	2.372	1.752 (47)	1.656 (41)	1.880 (37)
Mérida	1.576	2.045	1.651 (77)	1.532 (61)	1.525 (75)
Don Benito-Villanueva	1.917	2.514	2.607 (120)	1.812 (71)	1.825 (75)
Llerena-Zafra	1.572	1.946	1.897 (77)	1.797 (70)	1.642 (59)
Cáceres	3.330	4.083	3.292 (84)	2.957 (77)	3.050 (81)
Coria	1.139	927	911 (94)	839 (76)	587 (75)
Plasencia	2.103	1.406	1.492 (62)	1.539 (67)	1.554 (64)
Navalmoral de la Mata	793	678	553 (76)	625 (82)	677 (68)
Extremadura	16.021	15.971	14.155 (84)	12.757 (67)	12.740 (67)

Fuente: SES. Información sobre listas de espera.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Figura 9.15 Evolución de la lista de espera quirúrgica. En número de pacientes. Extremadura. 2003-2007

Fuente: SES. Información sobre listas de espera.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

En el año 2007, el número de pacientes en espera estructural para primera consulta externa continua con su tendencia descendente iniciada en 2006 (Tabla 9.29). La espera media en días para primera consulta es de 28 días. Las especialidades que mayor número de pacientes en espera generan son Oftalmología (8.797), seguida de Dermatología (4.921) y Ginecología (4.073).

Tabla 9.29 Evolución de la lista de espera para primera consulta externa. En número de pacientes. Extremadura. 2004-2007

Lista espera consultas externas	2004	2005	2006	2007
Extremadura	33.567	35.908	34.050	33.935

Fuente: SES. Información sobre listas de espera.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Con respecto a los pacientes en espera estructural para primera prueba diagnóstica/terapéutica, se ha producido un incremento en el número de ellos en el año 2007 con respecto al año anterior (Tabla 9.30). El tiempo medio de espera es de 22 días, y las pruebas con mayor número de pacientes en espera son ecografía (5.878), mamografía (2.829) y TAC (2.283).

Tabla 9.30 Evolución de la lista de espera para primera prueba diagnóstica / terapéutica. En número de pacientes. Extremadura. 2005-2007

Lista espera consultas externas	2005	2006	2007
Extremadura	18.971	10.367	14.270

Fuente: SES. Información sobre listas de espera.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La Encuesta de Salud de Extremadura 2005 nos indica que, en la población adulta, el 30,4% de las personas ingresadas estaba en lista de espera por la causa que motivó

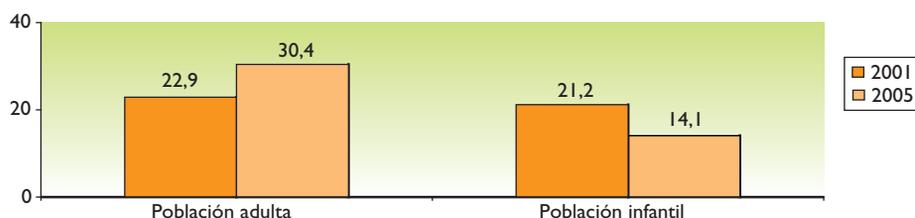
CAPÍTULO

su ingreso, 7,5 puntos más que en 2001. De ellas, el 35,2% llevaba más de 6 meses en dicha lista en el momento del ingreso, 6,9 puntos más que en 2001. La forma de ingreso más frecuente fue a través del servicio de urgencias, en el 56,7% de los casos (63,15 en 2001), y por ingreso ordinario el 42,2% (36,3% en 2001).

En población infantil, el 14,1% de los niños que ingresaron estaba en lista de espera por la causa que motivó su último ingreso (21,2% en 2001). De ellos, el 56,9% llevaba entre 2 y 4 meses en lista de espera, el 18% menos de 2 meses y el 10,9% de 5 a 6 meses; no hubo ningún caso con tiempo de espera superior a 6 meses. El tiempo medio de espera en 2005 fue de 3,06 meses. Figura 9.16.

Figura 9.16

Último ingreso hospitalario en los últimos doce meses procedentes de lista de espera. En porcentaje. Extremadura. 2001 y 2005



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública. Encuestas de Salud de Extremadura 2001 y 2005.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

9.5 BANCO DE SANGRE

9.5.1 DONACIONES DE SANGRE

El Banco de Sangre de Extremadura comenzó a funcionar en noviembre de 2002 como Centro Comunitario de Transfusión. Como tal, es el responsable último en Extremadura de la promoción, planificación, obtención, procesamiento y distribución de sangre y hemocomponentes.

Su objetivo final es el autoabastecimiento regional con productos de calidad y fiabilidad, objetivo que viene cumpliendo en los poco más de 6 años transcurridos desde su implantación, merced fundamentalmente a las 57.216 personas que de forma voluntaria y altruista han donado su sangre en el período 2003-2007, verdaderos artífices, en último término, de que en todo momento se haya podido ofrecer una cobertura hemoterápica suficiente a todos los hospitales de Extremadura.

El Banco de Sangre de Extremadura se abastece de las donaciones efectuadas en los hospitales, pero sobre todo de las que obtiene mediante sus equipos de colectas en

las diferentes localidades, centros de trabajo, centros de enseñanza, etc., de la región. Para ello cuenta con la colaboración de las 8 Hermandades de Donantes de Sangre existentes en la región y su red de colaboradores locales.

Las 225.641 donaciones que el Banco de Sangre de Extremadura ha obtenido en el período 2003-2007, sitúan a nuestra región con un índice de donaciones de 42.1 por mil habitantes y año, por encima de la media nacional. Tabla 9.31.

CAPÍTULO

Tabla 9.31 Evolución del número de donaciones obtenidas por el Banco de Sangre de Extremadura. 2003-2007

	2003	2004	2005	2006	2007
Nº de donaciones	43.947	43.236	45.483	47.104	45.871
Nº de donantes	26.473	27.229	28.115	29.935	29.963
Nº de donantes nuevos	6.270	6.470	5.512	4.719	4.212

Fuente: SES. Banco de Sangre de Extremadura.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

9.5.2 HEMOVIGILANCIA

El Banco de Sangre de Extremadura actúa también como coordinador de la Red Extremeña de Hemovigilancia, centralizando así la recogida de todos aquellos efectos adversos o indeseables relacionados con la transfusión de sangre, desde la donación hasta el período postransfusional. Como tal coordinador, el Banco es el interlocutor en nuestra región de la Red Nacional de Hemovigilancia, a la que informa periódicamente, una vez evaluadas y analizadas las comunicaciones recibidas.

9.5.3 PROGRAMA DE DONACIÓN Y OBTENCIÓN DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL

En el mes de noviembre de 2007 se puso en marcha en Extremadura un Programa de Donación y Obtención de sangre de cordón umbilical, demostrada la utilidad de ésta como fuente de obtención de células madre que pueden ser útiles en el tratamiento de enfermedades como leucemias agudas y crónicas, aplasias medulares, inmunodeficiencias congénitas, etc.

El objetivo del Programa es hacer posible el acceso a la donación de sangre de cordón, a todas las gestantes de la Comunidad Autónoma de Extremadura que así lo deseen. De dicho Programa forman parte las 8 maternidades públicas de nuestra región, y el Banco de Sangre de Extremadura que actúa como nodo coordinador.

CAPÍTULO

9.6 TRASPLANTES DE ÓRGANOS

9.6.1 DONACIÓN DE ÓRGANOS

En Extremadura ha habido un promedio en los últimos 7 años de 25,7 donantes de órganos (riñón, corazón, hígado, páncreas, pulmón), por millón de habitantes. El 90% de ellos han sido multiorgánicos (donantes de más de un órgano). Tabla 9.32.

Tabla 9.32

Número de donantes de órganos en Extremadura. Tasas por millón en Extremadura y España. 2001-2007

Año	Número de donantes	Donantes Extremadura (p.m.p.)	Donantes España (p.m.p.)
2001	25	23,4	32,5
2002	27	25,2	33,7
2003	30	27,9	33,8
2004	23	21,4	34,6
2005	27	25,0	35,1
2006	29	26,6	33,8
2007	19	17,4	34,3

p.m.p.: por millón de población.

Fuente: Coordinación Autonómica de Trasplantes de Extremadura.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El número de donantes de órganos sólidos en 2007, ha sido el más bajo en los últimos años, debido a una cifra muy importante de contraindicaciones médicas de los órganos de los donantes para ser trasplantados.

Además, continúa el programa de donantes de tejidos (córneas y tejido óseo) en los dos últimos años, pasando el número de donantes de 14 en 2003 a 19 en 2004, 13 en 2005 y 17 en 2006 y 2007.

9.6.2 EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS

En 2004 se realizaron 129 extracciones de órganos (incluyendo córneas), de los que 40 fueron riñones, 61 de córnea, 16 de hígado, 5 de corazón, 6 de pulmón y uno de páncreas. En 2005 se realizaron 132 extracciones de órganos (incluyendo córneas).

El año 2006 aportó el mayor número de órganos donados en los últimos 6 años. En 2007, se realizaron 36 extracciones de riñón, 21 de hígado, 3 de corazón y 2 de pulmones. Tabla 9.33.

Tabla 9.33 Extracciones de órganos. Extremadura. 2001-2007

Órganos	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Riñón	46	38	46	40	43	55	36
Córnea	30	35	64	61	51	55	
Corazón	10	8	3	5	7	3	3
Hígado	15	17	19	16	19	23	21
Páncreas	0	0	0	1	0	2	
Pulmón	6	2	4	6	12	4	2
Total	107	100	136	129	132	142	62

Fuente: Coordinación Autonómica de Trasplantes de Extremadura.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

9.6.3 TRASPLANTES DE ÓRGANOS

Tras unos años de importante incremento de actividad, durante los últimos se ha experimentado cierto grado de estabilización, con una cifra aproximada de 100 trasplantes de órganos y tejidos al año. En 2007 se realizaron 30 trasplantes renales, 47 trasplantes de córneas y 9 de médula ósea.

Cabe destacar como dato histórico que en 2007 se inició el Programa de Trasplante Hepático en Extremadura en el Hospital Infanta Cristina, realizándose 11 trasplantes. Tabla 9.34.

Tabla 9.34 Trasplantes de órganos. Extremadura. 2001-2007

Órganos	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Riñón	34	36	36	29	31	41	30
Córnea	25	32	58	58	51	50	47
Médula Ósea	16	20	19	19	13	11	9
Hepático							11
Total	75	88	113	106	95	102	97

Fuente: Coordinación Autonómica de Trasplantes de Extremadura.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

9.6.4 NEGATIVAS FAMILIARES A LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

Durante la vigencia del *Plan de Salud de Extremadura 2005-2008* se han reducido sensiblemente las negativas de familiares de fallecidos para donar órganos.

Como en otros territorios, las negativas familiares en Extremadura, presentan una clara asociación con la evolución de la cartera de servicios; las tasas de negativas familiares han ido disminuyendo conforme han ido aumentando los servicios o unidades clínicas que hacen trasplantes.

CAPÍTULO

Además, la población extremeña se ha ido sensibilizando con el problema, asumiendo planteamientos más solidarios, resaltando en este sentido las actividades llevadas a cabo en la Comunidad Autónoma desde el propio Sistema Sanitario para promover e incentivar la donación, tanto en la población general como en aquellos colectivos diana de la educación para la salud, como es la población escolar.

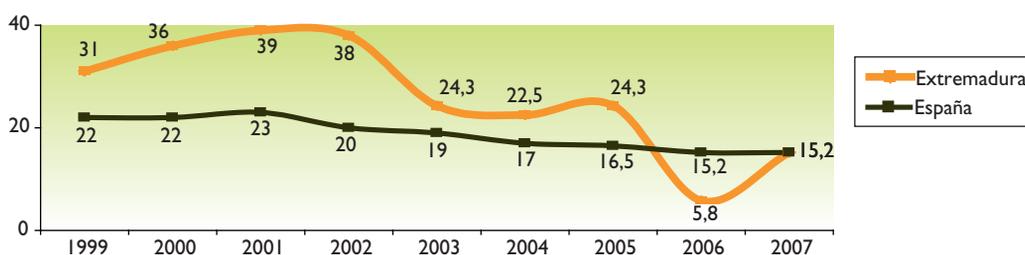
La evolución del porcentaje de negativas familiares para la donación de órganos en Extremadura ha sufrido un descenso a partir del año 2003, disminuyendo la diferencia con la media de España durante el período 2003-2005.

El año 2006 fue determinante y esta tendencia se ha definido rotundamente, pasando la negativa familiar a ser muy inferior a la del promedio español, siendo Extremadura una de las 4 Comunidades españolas con menos negativas familiares.

En 2007, la negativa aumentó a 15,2% (casi el 85% de los familiares de donantes accedieron positivamente a la donación). Esta cifra está justo en el promedio nacional y sin ser tan espectacular como la del año pasado, sitúa a Extremadura en el grupo de comunidades con los índices más bajos de negativas. Este fue el objetivo de la Coordinación Autonómica de Trasplantes durante muchos años. Figura 9.17.

Figura 9.17

Porcentaje anual de negativas familiares para la donación de órganos. Extremadura y España. 1999-2007



Fuente: Coordinación Autonómica de Trasplantes de Extremadura.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

9.7 SALUD BUCODENTAL

9.7.1 PLAN DE ATENCIÓN DENTAL AL DISCAPACITADO INTELLECTUAL

El Plan de Atención Dental al Discapacitado Intelectual (PADDI), iniciado en 2004, ha atendido un total de 13.052 consultas hasta 2007, y se han realizado 29.505 procedimientos terapéuticos (EpS, obturaciones, exodoncias, fluor, tartrectomías, etc.), sien-

do intervenidos bajo anestesia general 646 personas que no han podido ser atendidas de manera convencional en las USBD. Tabla 9.35.

CAPÍTULO

Tabla 9.35 Evolución de la actividad del PADDI. Extremadura. 2004-2007

	2004	2005	2006	2007
Nº de historias	1.192	1.544	657	533
Pacientes citados	1.135	4.326	4.361	4.171
Pacientes atendidos	1.037	4.033	4.124	3.858
Intervenciones con anestesia general	95	181	162	208
Tratamientos y procedimientos	2.349	9.334	9.339	8.483

Fuente: SES. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Desde el año 2004, en el Hospital Perpetuo Socorro de Badajoz, funciona una Unidad de Odontología Hospitalaria en la que reciben asistencia, no solamente los pacientes discapacitados, sino todos aquellos pacientes médicamente comprometidos, es decir, atende a aquellos pacientes cuya patología de base (transplantados, cardiológicos, hematológicos, etc.) hace preciso que su atención se realice bajo la adecuada monitorización.

9.7.2 PLAN DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL DE EXTREMADURA

Paralelamente, el Plan de Atención Dental Infantil de Extremadura (PADIEx), implantado en 2005, incluyó durante 2007 a 36.000 niños entre 6 y 9 años. En 2008, a todos los niños incluidos en el Plan (niños nacidos entre los años 1998 y 2002) se les hizo llegar a su domicilio el correspondiente talón de asistencia dental y el directorio de dentistas incluidos en el Plan, con el fin de que los padres del menor acudan a las consultas y puedan recibir la oportuna evaluación y el tratamiento necesario, a través de uno de los 173 puntos asistenciales ubicados en Extremadura. Cada año se incorporan al Plan los niños que cumplen 6 años, y permanecen en él hasta el 31 de diciembre del año en que cumplen 15.

La frecuentación del PADIEx fue del 42% en el año 2005, del 52% en 2006 y del 58% en 2007. Durante 2008 tuvieron derecho a la asistencia bucodental alrededor de 50.000 niños, lo que supone el 60% de la población infantil incluida en la franja de edad del Plan.

9.7.3 PLAN DE ATENCIÓN DENTAL A EMBARAZADAS

El Plan de Atención Dental a Embarazadas, en funcionamiento desde el año 2006, realiza actividades preventivas a mujeres gestantes desde los Centros de Salud, y por

CAPÍTULO

derivación de los servicios de seguimiento del embarazo. Hasta 2008 han sido atendidas un total de 4.500 gestantes.

9.7.4 OTRAS PRESTACIONES

El SES cubre las necesidades específicas de aquellos pacientes oncológicos que, a consecuencia de los tratamientos de quimioterapia y radioterapia recibidos, tienen mayores posibilidades de sufrir afecciones bucales.

Desde septiembre de 2007, el SES ofrece atención odontológica en el Centro Penitenciario de Badajoz y, a partir de mayo 2008, también la ofrece en el de Cáceres.

9.8 CUIDADOS PALIATIVOS

9.8.1 PROGRAMA REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

Este Programa constituye una apuesta decidida del SSPE para garantizar la calidad de vida de los pacientes extremeños en situación terminal y de sus familiares. En él se conjugan múltiples estrategias planificadoras, docentes, asistenciales, investigadoras y de coordinación, entre otras.

La prevalencia de pacientes con enfermedades en fase terminal oscila entre 2,4 y 5,2 pacientes anuales por cada 1.000 habitantes, según las estimaciones de un grupo local de expertos. Ello significa que hasta 5.700 pacientes podrían requerir cuidados paliativos cada año en Extremadura, y decenas de miles de allegados y familiares estarían implicados en el cuidado de los mismos y afectados por su sufrimiento. Se trata, por tanto, de un asunto prevalente, relevante y con gran impacto en los pacientes y familiares. Tabla 9.36.

Tabla 9.36

Cobertura estimada de cuidados paliativos por 1.000 habitantes (incidencia estimada de pacientes al año). Extremadura

	Media esperada	Mínimo aceptable	Máximo aceptable
Cáncer	2,0	1,8	2,2
No cáncer	1,5	0,6	3,0
Total	3,5	2,4	5,2

Fuente: SES. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El sufrimiento (físico o emocional) que habitualmente acompaña a una enfermedad avanzada, la dependencia progresiva y la necesidad de cuidados son los principales elementos a abordar.

CAPÍTULO

Iniciado en 2002 como apuesta por asegurar cuidados paliativos para todos aquellos pacientes susceptibles de recibirlos, contempló la creación de un equipo específico de cuidados paliativos en cada área de salud, que apoyara al resto de profesionales del sistema sanitario, y asumiera directamente a los pacientes de mayor complejidad. La primera evolución quinquenal del programa, revela una estructura adaptada a las características geográficas y sociales de la región, que ha permitido la atención especializada por parte de los equipos de cuidados paliativos (ECP) a 8.295 pacientes.

La atención al paciente en situación terminal no sólo es responsabilidad de los ECP. Los EAP y atención especializada tienen claras competencias al respecto, garantizadas además recientemente por la Ley de Cohesión y Calidad en el SNS. En este sentido, se ha publicado el nuevo servicio de cuidados paliativos en el documento de cartera de atención primaria. En él se aclaran las funciones de dicho nivel de atención respecto a la enfermedad en fase terminal. Recientemente, y como apoyo a la coordinación de la continuidad asistencial, se han definido por consenso los criterios de derivación entre los EAP y los ECP, basados en la complejidad de los pacientes. A su vez, un plan de formación de nivel básico, intermedio y avanzado proporciona una mayor capacitación de los profesionales.

Los pacientes más complejos, con mayor nivel de sufrimiento y los más resistentes a los tratamientos habituales son atendidos por los ocho ECP, formados por profesionales (médicos, enfermeras y psicólogos) altamente formados, capacitados y experimentados en la resolución de las situaciones más difíciles. Tabla 9.37.

Tabla 9.37 Estructura de los equipos de cuidados paliativos. Extremadura. 2007

Áreas de salud	Médicos	Enfermería	Psicólogos
Badajoz	4	4	1
Mérida	2	2	0,5
Don Benito-Villanueva	2	2	0,5
Llerena-Zafra	2	2	0,5
Cáceres	3	3	1
Coria	1	1	0,5
Plasencia	2	2	0,5
Navalmoral de la Mata	2	1	0,5
Extremadura	18	17	5

Fuente: SES. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

En cuanto a los indicadores de actividad de los ECP en Extremadura, se observa una tendencia general al aumento de los mismos. Tabla 9.38.

CAPÍTULO

Tabla 9.38 Evolución de la actividad de los equipos de cuidados paliativos. Extremadura. 2006-2007

Áreas de salud	Pacientes		Visitas hospital		Visitas domicilio		Consultas externas		Asesorías/ Coordinac.		Actividad docente	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Badajoz	354	377	1.923	2.082	532	624	103	142	1.279	4.130	84	69
Mérida	222	172	679	495	559	467	63	53	2.174	2.248	78	86
D. Benito-Vva.	256	267	1.019	1.147	468	474	208	242	1.855	2.759	47	59
Llerena-Zafra	189	178	290	317	826	752	60	120	819	2.269	57	48
Cáceres	307	365	1.198	1.612	899	879	615	779	4.616	7.732	76	65
Coria	92	118	269	432	306	215	423	444	517	1.621	16	16
Plasencia	161	195	854	994	179	192	500	719	3.390	8.566	81	59
Navalmoral	76	85	140	176	270	211	128	202	635	1.292	11	23
Extremadura	1.657	1.757	6.372	7.255	4.039	3.814	2.100	2.701	15.285	30.617	450	425

Fuente: SES. Dirección General de Asistencia Sanitaria.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La Oficina Central es la principal estructura de cohesión del Programa. Está compuesta por un Coordinador Regional del Programa, encargado de planificar y evaluar la actividad, de organizar los grupos de trabajo transversales, formados por profesionales de todas las áreas (formación, calidad, registros, tratamientos, investigación), por el Observatorio Regional de Cuidados Paliativos (que cuenta con dos profesionales con tareas de investigación y evaluación del Programa), y por una trabajadora social de apoyo al plan de voluntariado.

Estas dos actividades, la investigadora y la de apoyo al voluntariado, han constituido puntos estratégicos del programa en los últimos años.

Ello ha permitido desarrollar una importante actividad científica (con participación activa en congresos nacionales e internacionales, y publicaciones en revistas especializadas), así como apoyar un plan de voluntariado, que integra a 13 asociaciones y da soporte a actividades de promoción, coordinación, capacitación y seguimiento del voluntariado.

9.9 DOLOR

Dentro del dolor se aceptan dos grupos diferenciados marcados por la duración del mismo, con diferentes patrones de comportamiento y respuestas a los tratamientos disponibles: dolor agudo y dolor crónico.

El dolor agudo es el que mejor responde a la analgesia farmacológica, disponiéndose de fármacos, protocolos clínicos y sistemas organizativos que pueden hacer posible su con-

trol en la casi totalidad de casos. En este ámbito, el SSPE continuará desarrollando aquellas actuaciones que permitan mejorar la calidad asistencial recibida por la población extremeña en relación con el buen control del dolor agudo.

A su vez, el dolor crónico presenta una elevada prevalencia. A partir de un estudio realizado por Pain Europe, en Extremadura se estiman unos 127.000 extremeños que padecen dolor crónico, entendiéndose como tal la presencia de dolor durante más de tres meses seguidos. El dolor crónico se considera como una enfermedad con entidad propia, debido al sufrimiento (físico y emocional) que ocasiona, y a sus repercusiones en las esferas laboral, social, familiar, emocional y cognitiva del paciente. La respuesta a los tratamientos farmacológicos es insatisfactoria en muchos casos, tanto para pacientes como para facultativos, siendo necesarias medidas no farmacológicas orientadas no solo a mitigar el dolor, sino también a la recuperación de actividades perdidas, incluida la laboral, a la mejora del estado emocional y a la aceptación de la nueva identidad del paciente (en muchos casos con discapacidad derivada o concomitante), incluso en aquellos casos en los que el dolor no pueda ser controlado.

En ambos tipos de dolor es posible trabajar en su prevención: el dolor agudo con analgesia pautable; el dolor crónico, sobre todo con medidas de EpS.

9.9.1 PROGRAMA REGIONAL DEL DOLOR

Desde su creación, el Programa Regional del Dolor desarrolla los objetivos generales establecidos en el mismo: formación en el abordaje del paciente con dolor; EpS en relación con el dolor; abordaje multidisciplinar del paciente con dolor; y abordaje específico y diferenciado del dolor crónico y del dolor agudo. Este Programa está orientado a disminuir el dolor inútil evitable en sus diferentes patrones de comportamiento (dolor agudo y dolor crónico), mejorando así la calidad de vida de los extremeños.

La Coordinación Regional del Programa del Dolor homogeniza los criterios de actuación de las Unidades del Dolor implantadas en el SES, además de colaborar con las asociaciones de afectados.

9.9.2 UNIDADES DEL DOLOR

Las Unidades del Dolor existentes actualmente en las Áreas de Salud de Badajoz, Cáceres y Don Benito-Villanueva, atienden a pacientes con dolor complejo a petición de su médico de familia o del especialista que lo solicite, y orienta su atención a la continuidad de la misma por el EAP, disponiendo además de una cartera de servicios específica.

CAPÍTULO

Debido a la gran prevalencia del dolor y a la atención del mismo por diferentes profesionales y disciplinas, las Unidades del Dolor tienen carácter transversal, trabajando para atención primaria, atención especializada y para las estructuras del SEPAD, así como para Colegios Profesionales, Centros de Enseñanza, EECS y UEX. Su actividad aparece reflejada en la Tabla 9.39.

Tabla 9.39 Evolución de la actividad de las Unidades del Dolor. Extremadura. 2003-2007

	2003	2004	2005	2006	2007
Actividad docente (50 %)					
Sesiones docentes en Centros de Salud	102	49	94	104	81
Sesiones docentes en Hospitales	4	65	20	68	11
Otras sesiones docentes	6	28	49	71	33
Sesiones docentes internas en las Unidades	38	91	119	240	95
Sesiones clínicas interservicios	17	35	26	51	11
Talleres y cursos sobre dolor	1	9	23	32	18
Jornadas específicas sobre dolor		1		1	1
Rotantes por las Unidades		29	29	32	24
Asesoría telefónica a facultativos	1308	1031	744	678	630
Asesoría telefónica a enfermeros	164	136	92	151	52
Evaluación conjunta en Centros de Salud			21		
Actividad asistencial (40 %)					
Pacientes nuevos procedentes de Atención Primaria	367	476	482	604	636
Pacientes nuevos procedentes de Especializada	180	265	283	314	270
Revisiones	804	1708	2038	2179	2255
Interconsultas hospitalarias	26	52	46	57	119
Asesoría telefónica a pacientes	1120	1095	1021	869	673
Pacientes incluidos en técnicas invasivas	68	100	59	56	70
Sesiones de técnicas invasivas	129	227	195	184	221
Sesiones de Tens en las Unidades	830	609	544	201	156
Sesiones de Iontoforesis en las Unidades	956	416	529	308	170
Tens prestados a domicilio		59	85	86	51
Evaluación e investigación (10 %)					
Comunicaciones a Congresos sobre dolor	2	10	5	10	15
Publicaciones en revistas científicas			2	2	2

Fuente: SES. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

En relación con el dolor crónico, la actividad más útil de las Unidades del Dolor es el apoyo formativo a los profesionales implicados en la atención del paciente con dolor,

a través de rotaciones, cursos y talleres específicos, sesiones docentes y, sobre todo, de la asesoría telefónica directa, orientada a apoyar a los profesionales sanitarios en su propio entorno para evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes, lo que ha supuesto un avance estratégico en las funciones y utilidad de estas Unidades.

Otra importante actividad de apoyo a los profesionales en este ámbito, es la realización de una evaluación integral del paciente con dolor crónico, así como la elaboración de un plan integral e individualizado de tratamiento del dolor para cada paciente, dirigido al EAP y que recoge tanto el informe médico (con las medidas farmacológicas y no farmacológicas), como el plan de cuidados de enfermería.

Las Unidades del Dolor también desarrollan documentos de consenso y protocolos comunes sobre atención de patologías dolorosas crónicas prevalentes.

9.10 ALOJAMIENTO DE FAMILIARES DE PACIENTES

Las Residencias para Familiares de Enfermos Hospitalizados son un servicio que oferta el SES, estando las mismas concebidas para albergar a los familiares de pacientes ingresados en unidades como UCI, Reanimación, Unidad de Coronarias y Unidad de Trasplantes, que no residan en su ciudad.

La Residencia de Familiares del Complejo Hospitalario de Badajoz, con unas instalaciones situadas junto al Hospital “Infanta Cristina”, funciona desde el año 2003, ofreciendo alojamiento a familiares de pacientes desplazados, higiene personal para familiares de pacientes ingresados en plantas de hospitalización y no alojados en la Residencia, y servicio de lavado y secado de ropa, sin carga económica para el usuario y con unos criterios de adjudicación de plazas que tienen en cuenta, entre otros, los recursos económicos familiares y la accesibilidad.

Entre los recursos que posee están: habitaciones dobles con baño (una adaptada a personas discapacitadas) y acondicionadas; aseos independientes; salas de estar acondicionadas; lavadoras secadoras; y comunicación entre la residencia y el hospital.

Durante 2007, el alojamiento de los usuarios allegados de pacientes ingresados procedieron de: UCI (49%), Reanimación (26%), Coronarias-Cardiología (17%), UCI Pediátrica (3%), Unidad de Trasplantes (1%) y otras unidades (4%).

La mayoría de los familiares, usuarios de estos servicios, procedían del Área de Salud de Badajoz (24%); el 21% del Área de Llerena-Zafra, el 14% del Área de Don Benito-

CAPÍTULO

Villanueva, el 14% del Área de Mérida, el 10% del Área de Cáceres, el 7% del Área de Plasencia, el 4% del Área de Coria, el 3% del Área de Navalmoral de la Mata, y el 3% de otras CCAA.

La estancia media fue de 2 días y el número de usuarios fue de 4.108 para 1.600 pacientes ingresados. Tabla 9.40.

Tabla 9.40 Evolución del uso de la Residencia de Familiares del Complejo Hospitalario de Badajoz. 2003-2007

	2003	2004	2005	2006	2007
Alojamiento (nº de usuarios)	3.499	3.515	3.708	3.992	4.108
Ocupación (%)	80	81	88	90	95
Nº de estancias	7.040	7.399	8.183	8.236	8.643
Servicio de higiene personal (nº usuarios)	992	1.540	1.502	1.158	1.010
Nº de servicios de higiene personal	2.838	4.236	3.910	3.308	3.264
Nº de servicios de lavado de ropa	628	1.048	1.582	1.622	1.899
Total de usuarios	4.491	5.055	5.210	5.080	5.118

Fuente: Residencia de Familiares del Complejo Hospitalario de Badajoz.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El Complejo Hospitalario de Cáceres viene prestando desde el 1 de enero de 2006, el servicio de alojamiento de familiares de enfermos ingresados en las Unidades de Neonatología, UCI y Reanimación; y desde septiembre de 2007, en las de Ictus y Ventilación Mecánica.

Concretamente, este servicio se presta desde la Residencia Universitaria Polivalente de COCEMFE, a través de un acuerdo de colaboración firmado en diciembre de 2005 entre la mencionada Residencia y la Consejería de Sanidad.

En total, son 15 habitaciones concertadas para un total de 30 plazas, que en 2007 han facilitado alojamiento a 142 familias, procedentes el 34,5% del Área de Cáceres, el 52% de las restantes áreas de Extremadura, y el 13,7% de otras CCAA.

El mayor número de demanda de plazas procede de familias de pacientes ingresados en UCI (74), seguido de Neonatología (61), Reanimación (3), Ictus (2) y otras (2); siendo la Unidad de Neonatología la que causa el mayor número de estancias (67,6% del total) y mayor tiempo medio de alojamiento (19 días), frente a los 6,5 días de media de UCI. Tabla 9.41.

Tabla 9.41

Evolución del uso del Servicio de Alojamiento para familiares de enfermos ingresados en el Complejo Hospitalario de Cáceres. 2006-2007

	2006	2007
Alojamiento (n° de familias)	93	142
Media de demanda por mes (n° de familias)	7,7	11,8
Ocupación (%)	51,3	78,6
Media de estancias por familia (n° de días)	13,4	12
Número de estancias por Unidad		
Neonatos	876	1.168
UCI	329	485
Reanimación	38	20
Unidad de Ictus		6
Otras	4	47
Total de estancias	1.247	1.726

Fuente: Gerencia del Área de Salud de Cáceres. Unidad de Trabajo Social.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

En Plasencia se concierta con un hotel, desde 2006, el alojamiento a demanda (no existe un concierto de número de habitaciones), principalmente de familiares de pacientes ingresados en UCI procedentes de otras áreas de salud, sobre todo de Navalmoral de la Mata, por carecer el Hospital Campo Arañuelo de UCI, así como otros casos minoritarios por la elevada distancia hasta el lugar de residencia, o cuando la situación familiar y económica así lo aconseje. En el año 2007, los familiares de un total de 68 pacientes hicieron uso del alojamiento.

En el caso del Hospital de Mérida, existen dos pisos amueblados cercanos al mismo que cumplen la misma función.

9.11 SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

9.11.1 BARÓMETRO SANITARIO

Los datos del Barómetro Sanitario 2007 referidos a Extremadura reflejan que, como ocurriera en años anteriores, la sanidad es considerada por los ciudadanos como el área de mayor interés (40,8%), seguida a distancia de educación, vivienda y otras. Sobre el Sistema Sanitario en España, el 67% piensa que funciona bien o bastante bien, aunque el 50,6% de los encuestados cree que a pesar de ello necesita cambios.

CAPÍTULO

En general, y en una escala Likert de 1 (muy insatisfecho) a 10 (muy satisfecho), el modo en que funciona el SSPE obtuvo una puntuación de 6,14.

A la hora de elegir un servicio sanitario, el 63,5% acudiría a un servicio sanitario público en caso de enfermedad grave, y el 71,8% lo haría cuando se trate de acudir a consultas de atención primaria (medicina general y pediatría). Si existe una urgencia sanitaria, la inmensa mayoría (96,2%) utiliza un servicio de urgencias, tanto de atención primaria como de hospital público.

Los aspectos mejor valorados de la sanidad pública son: en el caso de las consultas de atención primaria, la cercanía de los centros sanitarios y la confianza y seguridad que transmite el médico; y en el caso de la asistencia especializada, el número de especialidades a las que se tiene acceso y el equipamiento y medios tecnológicos existentes. En la asistencia prestada durante el ingreso hospitalario, también es el equipamiento y medios tecnológicos existentes el aspecto más valorado, así como los cuidados y atención que presta el personal de enfermería.

Los aspectos peor valorados de la sanidad pública son los referidos a los tiempos de espera: en la atención primaria, el tiempo de espera para entrar en consulta y para hacer pruebas diagnósticas; y en la asistencia especializada, el tiempo que tarda el médico en ver al paciente desde que pide cita, y el que se tarda para realizar las pruebas diagnósticas; durante el ingreso hospitalario es el tiempo de demora para el ingreso no urgente el aspecto peor valorado.

Con respecto a la información que facilitan los servicios sanitarios públicos, la mejor valorada es la emitida a través de campañas dirigidas a la población sobre los principales problemas de salud; mientras que las que se dan sobre medidas y leyes adoptadas por las autoridades sanitarias, así como acerca de los derechos y vías de reclamación de que disponen los usuarios, son las peor valoradas.

Al valorar los servicios sanitarios públicos:

- El 49% piensa que sí hay igualdad de servicios en todas la CCAA; el 32,9% piensa que no.
- El 35,7% opina que los servicios que recibe en Extremadura son iguales que los de las demás CCAA, el 25,1% que son peores; y el 9,8% mejores.
- La asistencia sanitaria en los últimos cinco años: sigue igual en atención primaria (50,9%) o ha mejorado (42,0%); sigue igual en consultas de atención especializada (48,6%) o ha mejorado (40%); sigue igual en atención hospitalaria (44,7%) o ha mejorado (46,7%).
- El ciudadano recibe un servicio igual (42,4%) o mejor (25,1%) gestionando la asistencia sanitaria las CCAA en lugar del Estado.

- El 54,1% piensa que hay igualdad de servicios prestados, según sea zona rural o urbana; según sea joven o anciano (75,5%); según sea el nivel social (67,4%); según sea varón o mujer (94,1%); según sea español o extranjero (63,5%); y según resida legalmente o no (49,8%).
- Las distintas CCAA deberían ponerse de acuerdo (83,5%) para ofrecer nuevos servicios sanitarios a los ciudadanos.

La causa principal de acudir al servicio de urgencias de un hospital fue por decisión propia (69,5%), al pensar un 59,3% de los que acudieron que en las urgencias hospitalarias hay más medios; siendo atendidos bien o muy bien (83,2%) y con bastante o mucha rapidez (74,1% de los casos).

El tiempo de espera para la consulta con el médico especialista ha sido de 1 a 3 meses en más de la mitad de los casos (55,6%), con un 3,3% para las citas de 6 o más meses, y un 15,6% para citas de 1 a 15 días. La atención recibida ha sido buena o muy buena en el 85,5% de los casos (en ningún caso mala o muy mala), y más o menos igual a la esperada, con tendencia a mejor de lo esperado. Cuando un problema de salud ha requerido la visita al médico de cabecera y una consulta al especialista, la comunicación entre ambos ha sido correcta en la mayoría de las ocasiones (48,9%)

El principal motivo de ingreso en un hospital público fue para una operación en el 44,8% de los casos, no habiendo sido informado en el 69,1% de las veces del tiempo de espera para la operación. Durante la estancia en hospital al 72,5% de los ingresados se le asignó un médico responsable al que acudir para algún aspecto relacionado con su salud (al 20,7% no y el 6,9% no lo recuerda); y la atención ha sido en el 82,8% de los casos buena o muy buena, más o menos igual a lo esperado (75,8%), o mejor o mucho mejor de lo esperado según el 20,7% de los ingresados.

El 43,9% piensa que se están realizando acciones para mejorar las listas de espera, aunque el 53,3% cree que el problema sigue igual durante el último año.

9.11.2 ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

a) Estudio de satisfacción de pacientes de urgencias de los hospitales del SES

Las conclusiones más relevantes del estudio de satisfacción de los pacientes de urgencias en los hospitales del SES, realizado a pacientes que acudieron a urgencias entre el 1 de julio de 2006 y el 31 de enero de 2007, y cuyo objetivo es conocer la calidad percibida y el grado de satisfacción de los usuarios de los Servicios de Urgencias de los Hospitales del SES son las siguientes:

CAPÍTULO

Las preguntas de la encuesta con satisfacción mayor de 75 puntos se refieren al personal en general (“Amabilidad del personal de enfermería y auxiliares”; “Amabilidad del médico”; “Preparación práctica y técnica del médico que le atendió”; “Claridad en las explicaciones de su enfermedad y tratamiento”; “Amabilidad de la persona que le hizo las pruebas radiológicas e instrucciones que le dieron para el tratamiento en su casa”).

Las preguntas con una satisfacción más baja (puntuación menor de 60 puntos sobre un máximo de 100), fueron: “El personal de urgencias se identificó (nombre y profesión)”; “Información que le proporcionaron sobre los retrasos”; “Comodidad del aparcamiento”.

En la pregunta “Satisfacción global de su visita a Urgencias”, el 64,3% de los pacientes afirmaron estar satisfechos o muy satisfechos con el servicio que recibieron, y un 9,9% afirmaron estar insatisfechos o muy insatisfechos. Importante es decir que son estos pacientes (los muy insatisfechos, en este caso un 2,6%), los que realmente hablan mal y, por tanto, son las personas que más pueden dañar la imagen de un hospital.

Entre las preguntas que revelaron una mayor insatisfacción fueron: “Información sobre retrasos y esperas”; “El personal se identificó”; “Probabilidad de que regrese”; “Mantuvieron informados a familiares”; “Enfermería le mantuvo informado”; “Espera para pruebas de laboratorio”.

Las preguntas a las que los usuarios les han otorgado más importancia y, por tanto, con una correlación más elevada, han sido: “El personal de urgencias le trató de manera correcta”; “Información que le proporcionaron sobre los retrasos”; “Grado de atención que enfermería le prestó”; “Interés del médico por su problema de salud”; “Preparación práctica y técnica del personal de enfermería”; y “El personal de enfermería le mantuvo informado”.

Al comparar el SES internamente y con la base de datos de FBA (empresa elaboradora del estudio), se extraen estas conclusiones: los hospitales de menor tamaño (25.000 urgencias anuales) y de tamaño medio (entre 25 y 50.000 urgencias anuales), presentan mejores resultados que los hospitales grandes (más de 50.000 urgencias anuales); y hay grandes diferencias de satisfacción en algunas preguntas de la encuesta entre los diferentes hospitales.

El tiempo medio de espera ponderado desde la llegada del paciente es de 29,8 minutos y la mediana de 20 minutos. Este tiempo de espera percibido ha aumentado en medio minuto desde 2003.

Es importante resaltar la relación directa que existe entre el tiempo de espera en ser atendido y la satisfacción (cada 5 minutos menos de espera, la satisfacción aumenta 3 puntos).

Estadísticamente, existen diferencias significativas entre los hospitales del SES: “Tiempo de espera antes de ser visto por un médico o una enfermera”; “Comodidad en el aparcamiento”; “Amabilidad del personal de enfermería y auxiliares”; “Tiempo que esperó hasta que recibió atención sanitaria desde el primer contacto con el médico”; “Tiempo de espera para realizar las pruebas radiológicas”.

Las preguntas con mayor índice de prioridad tienen que ver con:

- La información (“Información proporcionada sobre retrasos y esperas en el área de urgencias”; “El personal mantuvo informado a los familiares y/o amigos sobre el estado del paciente”; “El personal de enfermería la mantuvo informado”).
- El tiempo de espera (“Tiempo de espera para realizar las pruebas radiológicas”).
- El trato (“El personal de urgencias le trato de manera correcta”).

Globalmente y con respecto al informe anterior, los cambios positivos se han focalizado en la identificación del personal, en el tiempo de espera para ser informado de las pruebas, en la información a familiares y en la limpieza y confort de la sala de espera; los cambios negativos se han centrado en la ambulancia, en el tiempo de espera para realizar las pruebas radiológicas y en la amabilidad del médico.

b) Estudio de satisfacción de pacientes de atención primaria del SES

El presente estudio de calidad percibida se ha efectuado con tres objetivos primordiales:

- Identificar las áreas prioritarias, para aumentar así la satisfacción de los pacientes de atención primaria del SES.
- Conocer la evolución de la percepción de los usuarios.
- Comparar la situación de cada área con respecto a la media del SES y con los de la base de datos de “FBA Consulting”.

Con este fin, se enviaron por correo 21.005 encuestas totalmente anónimas, con un sobre prefranqueado, a pacientes que acudieron a un centro de atención primaria del SES y recibieron por lo menos una receta durante el mes de octubre de 2006. El día 20 de marzo de 2007 se realizó el corte para la recepción de respuestas. Dentro del plazo de recogida se recibieron 6.184 encuestas válidas (tasa de respuesta del 30,0%), las cuales son representativas para un nivel de confianza del 95%, con un margen de error del 0,6%.

Las conclusiones y recomendaciones que extraemos del informe son las siguientes:

Índice de prioridad: Indica las preguntas en las que es más importante actuar desde el punto de vista gerencial, ya que combina la satisfacción con la importancia que le dan los pacientes a cada pregunta. Las preguntas con un índice de prioridad más elevado son:

CAPÍTULO

- Nivel de organización general del personal y del centro.
- Eficacia de los administrativos para resolver sus problemas.
- El personal del centro estaba correctamente identificado (con su nombre y profesión).
- Probabilidad de recomendar su médico a otras personas.
- Comodidad del horario de atención del centro.
- Equipo e instalaciones del centro de salud / consultorio.
- Amabilidad y cortesía del personal no sanitario (recepción, administrativos, celadores, personal de limpieza, etc.).

Recordamos que estas preguntas son importantes para los pacientes (correlación elevada) y tienen una satisfacción baja o media, por lo que es importante actuar en ellas. Como observamos, varios de estos ítems más importantes están relacionados con la organización del personal y del centro (nivel de organización general, eficacia de administrativos, identificación de profesionales, horario de atención, etc.).

Importancia: Las preguntas con una correlación más elevada con la satisfacción global y, por tanto, que más importancia les han otorgado los pacientes, han resultado ser las siguientes:

- Nivel de organización general del personal y del centro.
- Probabilidad de recomendar su médico a otras personas.
- Eficacia y resolución de sus problemas de salud por parte del médico.
- El personal del centro estaba correctamente identificado (con su nombre y profesión).
- Eficacia de los administrativos para resolver sus problemas.

En el análisis de *benchmarking*, al compararse con los otras áreas se observa que, en general, el SES (media ponderada) tiende a presentar resultados inferiores a la media de áreas de atención primaria de la base de datos de FBA (16 áreas). Estas diferencias se focalizan sobre todo en la cita previa y en la amabilidad del personal.

Análisis de satisfacciones: Con respecto al informe anterior, los cambios negativos son:

- Facilidad para contactar con el servicio de cita previa.
- Facilidad para conseguir cita en el día y hora que usted quería.
- Comodidad del aparcamiento del centro.
- Amabilidad de la persona que le atendió por teléfono.

Las preguntas con un mayor aumento en la satisfacción han sido:

- Atención recibida cuando enfermería fue a su casa.
- El personal del centro estaba correctamente identificado (con su nombre y profesión).
- Señalización de las instalaciones del centro (consultas, aseos, salas de espera, etc.).

- Amabilidad y cortesía del personal de enfermería.

En la pregunta “Satisfacción global en su visita al centro”, el 56,9% de los pacientes afirmaron estar satisfechos ó muy satisfechos con el servicio recibido (por un 58,3% del informe previo y un 64,3% de los pacientes satisfechos en la encuesta de urgencias). Por el contrario, un 9,1% han afirmado estar insatisfechos o muy insatisfechos (por el 7,8% del informe previo). Es importante resaltar que son los pacientes muy insatisfechos (en este caso un 2,3%, en total 150 pacientes) los que realmente hablan mal en el boca a boca.

Demográficamente, la media de edad ha sido en este informe de 56,7 años, con una mediana de 62 (recordamos que la mediana en el estudio de satisfacción de urgencias era de 42 años).

El tiempo medio de espera ponderado, desde la llegada del paciente es de 30 minutos (mediana 20 minutos). Este tiempo de espera percibido ha aumentado en más de 2 minutos desde 2004. Existe un elevado porcentaje de pacientes (48%) que afirma haber esperado más de 30 minutos. La satisfacción de este colectivo, sobre todo a partir de los 30 minutos, es sensiblemente inferior a la media. Al final del informe se incluyen los 3.406 comentarios que escribieron los pacientes en las encuestas.

Aquellas preguntas con mayor índice de prioridad tienen que ver con la organización del personal y del centro (nivel de organización general, eficacia de administrativos, identificación de profesionales, horario de atención, etc.).

La satisfacción ha descendido ligeramente con respecto al informe del año 2004. De hecho, ha habido tres descensos estadísticamente significativos respecto al anterior informe de 2004, dos de ellos relacionados con la cita previa. Sin embargo, el comportamiento es desigual, existiendo áreas con un aumento estadísticamente significativo hasta en nueve preguntas, y otras con descenso.

c) Estudio de satisfacción de pacientes hospitalizados del SES

Las conclusiones más relevantes del estudio de calidad percibida de los pacientes ingresados entre el 1 de diciembre de 2006 y el 31 de mayo de 2007, en hospitales del SES son las siguientes:

Las mayores prioridades para la actuación desde el punto de vista gerencial, que combina la satisfacción (que es baja o media) y la importancia (correlación elevada) que le dan los pacientes son: las respuestas a las quejas e inquietudes durante la hospitalización; tener en cuenta la opinión del paciente con respecto a su tratamiento; preservar la intimidad dentro del hospital; el estado general del hospital (pasillo, aseos, ascensores); y mantenimiento de la información por el personal de enfermería.

CAPÍTULO

El análisis de *benchmarking* comparando el SES con los resultados de los hospitales públicos de la base de datos que FBA tiene (26 hospitales), indica que las cinco mayores diferencias positivas son: el estar preparado para irse del hospital cuando le dieron el alta; la amabilidad de la persona que le hizo las pruebas radiológicas; la amabilidad del médico; el tiempo de anticipación que le dan al paciente para prepararse e irse del hospital al alta; y las instrucciones que se dan para el tratamiento y/o rehabilitación en casa. Las cinco mayores diferencias negativas son: las condiciones del hospital para preservar la intimidad del paciente; las respuestas a las quejas e inquietudes que manifestó el paciente durante su hospitalización; y el estado general del hospital (pasillos, aseos, ascensores); opinión del baño; y el mantenimiento de la información por el personal de enfermería.

Comparado con los resultados de la base de datos de FBA, la mayor diferencia positiva se refiere a la calidad de la comida; y las mayores diferencias negativas son: las condiciones del hospital para preservar su intimidad, la comodidad de las instalaciones para las visitas, y la opinión del baño (ducha y aseo en buen estado, toallas, etc.)

Las secciones del hospital con mejor percepción son el ingreso y las pruebas diagnósticas. Las secciones con menor satisfacción son: asuntos personales, y visitantes y familiares.

La mayor satisfacción en las preguntas de la encuesta son: la amabilidad de la persona que le hizo las pruebas diagnósticas; la facilidad administrativa para el ingreso; la amabilidad y delicadeza del personal de enfermería; la amabilidad del médico; y la opinión del personal que le trasladó dentro del hospital (celadores).

Las preguntas de la encuesta con menor satisfacción son: la facilidad de aparcamiento en el hospital; la comodidad de las instalaciones para las visitas; la decoración y mobiliario de la habitación; las condiciones del hospital para prevenir su intimidad; la respuesta a las quejas e inquietudes que manifestó durante su hospitalización.

A pesar de que un 76% de los pacientes afirmaron estar satisfechos o muy satisfechos con el servicio recibido, un 4,6% manifestó lo contrario, con la importancia que estos últimos pueden tener para hablar mal en el “boca a boca”.

Las preguntas con una correlación más elevada con la satisfacción global, y que más importancia le han otorgado los pacientes son: el respeto con el que se ha sentido tratado por el personal del hospital; la respuesta a las quejas e inquietudes que manifestó durante su hospitalización; tener en cuenta su opinión respecto al tratamiento; el personal de enfermería resolvió sus problemas y peticiones; el personal de enfermería le mantuvo informado; las instrucciones para el tratamiento y/o rehabilitación en su casa.

No se encuentran diferencias en el estudio en la satisfacción por: sexo de los encuestados, comida en función de si el paciente ha tenido o no una dieta especial; días de ingreso en el hospital. Sí existen diferencias en función de la edad de los pacientes (a mayor edad, mayor satisfacción); la satisfacción en función de si es o no la primera hospitalización en el hospital; y si se compartió habitación o no.

La satisfacción ha subido ligeramente con respecto al informe del año 2005. De hecho, estadísticamente ha habido 12 aumentos significativos por tan solo un descenso (el aparcamiento). Las mejoras están relacionadas en su mayor parte con cambios estructurales. Sin embargo, el comportamiento es desigual y existen hospitales con fuertes aumentos y otros con descensos.

Las preguntas que más han mejorado (en aspectos estructurales) han tenido como consecuencia que, globalmente, haya habido un aumento estadísticamente significativo en la probabilidad de recomendación de los hospitales (+1,9), pero no se han manifestado cambios en la calificación general de la asistencia médica y humana (-0,1).

9.11.3 RECLAMACIONES AL SES

Durante 2007, se han procesado un total de 7.986 reclamaciones formuladas por usuarios en centros asistenciales del SES, lo que supone un 29,3% más con respecto al año anterior. El número de reclamaciones ha experimentado un continuo crecimiento desde 2004, con 5.582 reclamaciones, hasta las 7.986 de 2007. Por áreas de salud, Badajoz representó en 2007 el 34,36% de todas las reclamaciones presentadas, si bien el ser hospital de referencia en Extremadura para múltiples procedimientos puede explicar en parte esta situación. Tabla 9.42.

Tabla 9.42 N° de reclamaciones al SES por áreas de salud. Extremadura. 2004-2007

Áreas de salud	2004	2005	2006	2007
Badajoz	2.429	2.471	2.400	2.744
Mérida	675	776	771	1.242
Don Benito-Villanueva	381	437	634	716
Llerena-Zafra	345	424	437	559
Cáceres	860	776	990	1.352
Coria	126	145	176	206
Plasencia	582	401	377	541
Navalmoral de la Mata	184	291	390	469
Sin especificar			2	157
Extremadura	5.582	5.834	6.177	7.986

Fuentes: SES. CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación

CAPÍTULO

Según la categoría de los centros sanitarios, la mayoría de reclamaciones durante 2007 se procesaron en hospitales (4.359), que representaban un 54,58% del total, seguido de centros de salud con 2.287 (28,64%), centros de especialidades con 792 (9,92%), y consultorios de atención primaria con 300 (3,76%). Tabla 9.43.

Tabla 9.43 N° y porcentaje de reclamaciones procesadas en el SES por categorías de centros. Extremadura. 2007

	Número de reclamaciones	Porcentaje
Hospital general	4.028	50,44%
Hospital especializado	331	4,14%
Centro de salud	2.287	28,64%
Centro de especialidades	792	9,92%
Consultorio de atención primaria	300	3,76%
Centro administrativo	66	0,83%
Transporte sanitario	54	0,68%
Centro de salud mental	50	0,63%
Centro de planificación familiar	38	0,48%
Recurso ambulatorio de drogodependencias	14	0,18%
Centro con concierto	11	0,14%
Otros	11	0,13%
Sin especificar o no definido	5	0,06%
Total	7.986	100,00%

Fuentes: SES. CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Por motivos de reclamaciones, la mayoría son por listas de espera, las cuales representaron el 26,85% del total del año 2007, seguidas de las citaciones (15,41%), y de la disconformidad con la atención (13,8%). Tabla 9.44.

Tabla 9.44 N° y porcentaje de reclamaciones procesadas en el SES por motivos agrupados. Extremadura. 2007

	Número de reclamaciones	Porcentaje
Listas de espera	2.144	26,85%
Citaciones	1.231	15,41%
Disconformidad con la atención	1.102	13,80%
Demora en la asistencia	672	8,41%
Organización y normas	632	7,91%
Recursos humanos	537	6,72%
Trato personal	400	5,01%
Falta de asistencia	259	3,24%
Suspensión de actos asistenciales	240	3,01%
Extravío o desaparición de objetos y documentos	222	2,78%
Recursos materiales	136	1,70%
Habitabilidad	117	1,47%
Información clínica del proceso	89	1,11%
Otros	147	2,38%
Sin determinar	16	0,20%
Total	7.986	100%

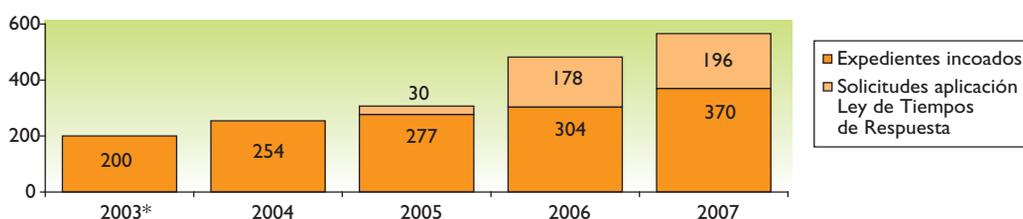
Fuentes: SES. CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

9.11.4 DEFENSOR DE LOS USUARIOS DEL SSPE

Durante 2007, se han dirigido a esta institución más de 10.000 ciudadanos, lo que dio lugar a la apertura de 566 expedientes, de los cuales 196 correspondieron a solicitudes de aplicación de la Ley 1/2005, de 24 de junio (DOE nº 78 de 7/7/2005), de Tiempos de Respuesta en la Atención Sanitaria Especializada, y 370 a reclamaciones y sugerencias. Figura 9.18.

Figura 9.18

Evolución anual de los expedientes abiertos por la Oficina del Defensor de los Usuarios del SSPE. Extremadura. 2003-2007



* Prorrateo para facilitar una comparación entre ejercicios (150 expedientes abiertos y 50 estimados).

Fuente: Defensor de los Usuarios del SSPE.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El incremento del número de expedientes incoados no debe interpretarse como que haya existido una peor atención sanitaria. Muchos son los factores que lo determinan:

- Estimulación de la ciudadanía para que ejerza su derecho a formular reclamaciones, sugerencias, consultas y peticiones como una fórmula de participación ciudadana y de mejora de la información.
- Aprobación de nuevos derechos y mejoras de la atención sanitaria con el consiguiente aumento del número de peticiones, reclamaciones y sugerencias.
- En los términos reclamaciones y sugerencias, están incluidos otras solicitudes o peticiones que no tienen ningún componente negativo, como solicitud de segunda opinión, información, documentación, etc.

Por tanto, no sólo debe valorarse el número de reclamantes; la verdadera importancia son las causas y gravedad de las reclamaciones. Los principales motivos de disconformidad o causas por las que reclaman los usuarios del SSPE, en expedientes cerrados en el año 2007, vienen referidos a criterios de:

- Demora en la asistencia: la demora en la atención en los servicios de urgencias genera angustia en la ciudadanía.

CAPÍTULO

- Accesibilidad a la atención sanitaria: atención especializada (demoras en la atención de las revisiones de especialistas, imposibilidad de conseguir cita, o que la cita facilitada se aleja excesivamente de la indicada por el especialista); atención primaria (mal funcionamiento de los servicios de citaciones y problemas de acceso a servicios de atención primaria en tiempo razonable); accesibilidad física (dificultades de transporte para acceder desde poblaciones rurales a los centros hospitalarios).
- Habitabilidad: sobre todo por molestias ocasionadas por la obligación de compartir habitación.
- Recursos materiales: insuficiencia de materiales para pacientes con diabetes; y preocupación por la demora en facilitar la tarjeta sanitaria.
- Recursos humanos: deficiencias de médicos de atención primaria (en situaciones puntuales) y pediatras, en centros de salud de zonas rurales.
- Trato personal: disconformidad o trato inadecuado recibido de los profesionales.
- Extravío o desaparición de documentos: pérdidas de documentación clínica.
- Organización y normas: atención primaria (inconvenientes por cambio de facultativo o de centro, y por la organización del funcionamiento de las consultas); atención especializada (retrasos en la incorporación a listas de espera por varias causas (errores administrativos, criterios científicos); suspensión o demora de actos asistenciales; retirada de la medicación que siguen en primaria los pacientes ingresados, sin ofrecer tratamiento alternativo; retrasos en la entrega de resultados).
- Información: deficiente, incompleta o incorrecta información recibida/percibida sobre procesos asistenciales, situación del enfermo, o trámites administrativos.
- Cohesión: demora en la derivación de pacientes fuera de Extremadura; rechazo de la atención en hospitales extracomunitarios; diferencia de criterios y atención dependiendo de la Comunidad donde se reside.
- Disconformidad con la asistencia y/o tratamiento recibido, sin llegar a producirse daños.
- Gestión de riesgos y seguridad del paciente: cuando éste o sus familiares consideran la existencia de una posible mala praxis médica (inadecuada atención, complicaciones del tratamiento), o de un error de funcionamiento de la Administración (demora en la atención, deficiencias estructurales), con resultado de daño, solicita explicaciones, que no vuelva a suceder, e incluso indemnizaciones o deseo de castigo.
- Transporte sanitario: discrepancias de criterio sobre la necesidad de transporte sanitario entre el reclamante y el facultativo; y esperas para ser atendidos por los Servicios de Urgencia extrahospitalarios.
- Solicitud de inclusión de nuevas prestaciones: inclusión en el SSPE de determinados fármacos y de prótesis bucales; y dotación de determinados centros especiales que no existen en Extremadura para la atención del enfermo.

9.12 GASTO SANITARIO

9.12.1 GASTO SANITARIO PÚBLICO PRESUPUESTADO

La asunción de las transferencias de la asistencia sanitaria del SNS se realizó en el año 2002. Por ello, en los presupuestos de la Consejería de Sanidad correspondiente al año 2001 se incluyen los del extinto INSALUD más los de la Consejería. Y en la columna del año 2001, los presupuestos del SES se refieren al INSALUD. En los presupuestos del año 2002 de la entonces Consejería de Sanidad y Consumo, están incluidas las cuantías de las transferencias sanitarias de ese año y la incorporación de un crédito extraordinario (Ley 10/2002, de 12 de diciembre de Financiación de Inversiones Extraordinarias).

En 2003 se realizó el primer presupuesto de gastos de sanidad elaborado totalmente desde la CAE. Los presupuestos destinados a la asistencia sanitaria han pasado de 684.099€ durante el último año de presupuestos INSALUD a 1.562.079.533€, más del doble, creciendo todos los años muy por encima del IPC. Tabla 9.45.

Tabla 9.45 Evolución del gasto sanitario presupuestado. En euros. Extremadura. 2001-2008

Año	Presupuesto de la Consejería de Sanidad	Transferencia de la Consejería al SES	Presupuesto del SES	Incremento anual del presupuesto SES
2001	749.515.830		684.099.500	
2002	971.236.059			
2003	1.004.924.144		936.573.702	
2004	1.093.102.815	1.025.654.143	1.026.021.343	8,71%
2005	1.228.396.731	1.156.731.035	1.157.303.235	12,80%
2006	1.337.312.607	1.258.865.177	1.259.257.631	8,81%
2007	1.463.304.833	1.372.238.727	1.372.590.817	9,00%
2008	1.801.209.004(*)	1.561.651.533	1.562.079.533	13,81%

(*) En los presupuestos 2008 de la CSD se incluyó a la Dirección General de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, y dejó de incluirse a la Dirección General de Consumo

Fuente: Presupuestos Generales de la CAE. Diario Oficial de Extremadura.

Elaboración. CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Como se puede comprobar en la Tabla 9.45, casi el 100% de los ingresos del SES han procedido de transferencias de la Consejería de Sanidad, por lo que la financiación es prácticamente en su totalidad vía presupuestos.

9.12.2 GASTO FARMACÉUTICO POR FACTURACIÓN DE RECETAS EN OFICINAS DE FARMACIA

El SSPE gastó en medicamentos (sólo los que se dispensan con recetas) 310.421.131 euros durante 2007, lo que supone un incremento anual del 5,14%, el menor porcentaje de incremento del gasto farmacéutico durante el último decenio. Tabla 9.46.

CAPÍTULO

Tabla 9.46 Evolución del gasto farmacéutico. Extremadura. 1997-2007

Año	Gasto/año (en €)	Aumento sobre el año anterior	% de aumento sobre el año anterior	% recetas por EFG	% de recetas por principio activo
1997	143.453.741				
1998	156.226.572	12.772.831	8,90		
1999	171.338.582	15.112.010	9,67		
2000	186.160.531	14.821.949	8,65		
2001	202.020.026	15.859.495	8,52	4,81	
2002	223.529.185	21.509.159	10,62	6,93	
2003	249.667.391	26.138.206	11,69	8,16	2,02
2004	265.149.045	15.481.654	6,20	10,75	4,45
2005	278.853.982	13.704.937	5,17	12,70	6,02
2006	295.249.107	16.395.125	5,88	14,86	7,81
2007	310.421.131	15.172.024	5,14	16,87	9,93

Fuente: SES. Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Las políticas de promoción de la prescripción de genéricos y por principio activo se han traducido en que durante 2007 el 16,87% de las recetas dispensadas en oficinas de farmacia lo fueron de especialidades farmacéuticas genéricas (EFG), y prácticamente el 10% de las recetas lo fueron de principio activo.

El coste psicofarmacológico extremeño en 2005 (sin considerar gasto hospitalario ni aportación de los usuarios) asciendió a 33,5 millones de euros. El 56% del coste psicofarmacológico lo fue de antidepresivos (que representan el 47% de las DDD totales), el 27% de antipsicóticos (6% de las DDD), el 8% de ansiolíticos (44% de las DDD) y el 10% de antidepresivos (3% de las DDD). El coste paciente/año más elevado fue de los antidepresivos (371 €), seguidos de los antipsicóticos (131 €), los antipsicóticos (127 €) y los ansiolíticos (11,5 €). El coste medio por paciente/año en 2005 fue de 74,7 €. En cuanto a coste por DDD, en el caso de los antipsicóticos es de 3,18 €; 2,62 € en el caso de los antidepresivos; 0,88 € en el de los antipsicóticos; y 0,13 € en el de los ansiolíticos.

En resumen, el mayor coste absoluto psicofarmacológico lo es en antidepresivos, mientras que el de mayor coste por paciente/año es el de los antidepresivos, y el de mayor coste por DDD es el de los antipsicóticos. Los ansiolíticos muestran el coste más bajo en todos los indicadores, aunque supongan el 44% de las DDD.

9.13 MEDICAMENTOS DE USO HUMANO

9.13.1 TRANSMISIÓN DE ALERTAS Y NOTAS INFORMATIVAS DE MEDICAMENTOS DE USO HUMANO Y PRODUCTOS SANITARIOS

La Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios es el organismo encargado de remitir a las CCAA las Alertas y Notas Informativas de medicamentos y productos sanitarios que implican una retirada del mercado o una inmovilización de los mismos, así como de notificar los desabastecimientos y problemas de seguridad asociados a medicamentos. Tras la recepción en la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación, se remiten utilizando el sistema de Megafax a una lista de destinatarios que es distinta en cada caso, dependiendo de la naturaleza de la información recibida y del tipo de medicamento o producto sanitario afectado.

En Extremadura, se han registrado y difundido en el periodo 2004-2007 las siguientes Alertas y Notas Informativas. Tablas 9.47 y 9.48.

Tabla 9.47 Alertas y Notas Informativas de medicamentos de uso humano difundidas en Extremadura. 2004-2007

	2004	2005	2006	2007
Alertas	46	44	51	32
Desabastecimientos/reabastecimientos	16	13	13	11
Notas Informativas	18	17	6	18
Comunicaciones de riesgos	1		10	9
Medicamentos ilegales	7	8	4	5

Fuente: CSD. Servicio de Ordenación Farmacéutica y Productos Sanitarios.

Elaboración: CSD. Servicio de Ordenación Farmacéutica y Productos Sanitarios.

Tabla 9.48 Alertas y Notas Informativas de productos sanitarios difundidas en Extremadura. 2004-2007

	2004	2005	2006	2007
Alertas	65	229	196	311
Notas Informativas	4	8	15	18

Fuente: CSD. Servicio de Ordenación Farmacéutica y Productos Sanitarios.

Elaboración: CSD. Servicio de Ordenación Farmacéutica y Productos Sanitarios.

El seguimiento y registro de las medidas cautelares (retirada/inmovilización), decretadas por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios y, en su caso, las Notas Informativas, tanto en oficinas de farmacia como en servicios de farmacia hospitalaria y en almacenes de distribución de medicamentos, en cada área de salud durante el periodo 2004-2007, figuran en las Tablas 9.49, 9.50 y 9.51.

En el ámbito de las oficinas de farmacia se observa una tendencia descendente en cuanto al número de envases retirados/inmovilizados. Tabla 9.49.

CAPÍTULO

Tabla 9.49 N° de envases retirados/inmovilizados en las oficinas de farmacia de cada área de salud. Extremadura. 2004-2007

Áreas de salud	2004	2005	2006	2007
Badajoz	578	103	552	258
Mérida	299	86	278	205
Don Benito-Villanueva	453	16	120	45
Llerena-Zafra	244	64	310	112
Cáceres	548	168	253	602
Coria	175	63	88	134
Plasencia	309	14	64	55
Navalmoral de la Mata	350	11	79	131
N° envases retirados/inmovilizados	2.956	525	1.744	1.538

Fuente: CSD. Servicio de Ordenación Farmacéutica y Productos Sanitarios.

Elaboración: CSD. Servicio de Ordenación Farmacéutica y Productos Sanitarios.

Respecto a los almacenes de distribución de medicamentos, también se aprecia una tendencia descendente del número de envases retirados/inmovilizados. Tabla 9.50.

Tabla 9.50 N° de envases retirados/inmovilizados en los almacenes de distribución de medicamentos ubicados en distintas áreas de salud. Extremadura. 2004-2007

Áreas de salud	2004	2005	2006	2007
Badajoz	3.352	555	596	345
Mérida*	184	3		
Don Benito-Villanueva	705	110	92	80
Cáceres	322	617	14	
Plasencia	332	159	166	41
N° envases retirados/inmovilizados	4.895	1.444	976	466

*A partir de 2005 cesa su actividad.

Fuente: CSD. Servicio de Ordenación Farmacéutica y Productos Sanitarios.

Elaboración: CSD. Servicio de Ordenación Farmacéutica y Productos Sanitarios.

Por el contrario, en los hospitales se observa un incremento del número de envases retirados/inmovilizados durante 2007. Tabla 9.51.

Tabla 9.51 N° de envases y/o viales retirados/inmovilizados en los hospitales del SES por área de salud. Extremadura. 2004-2007

Áreas de salud	2004	2005	2006	2007
Badajoz				
Mérida				86 envases y 1.969 viales
Don Benito-Villanueva				15 envases y 80 viales
Llerena-Zafra				406 envases y 186 viales
Cáceres		24 env.		460 envases y 3 viales
Coria				4 envases y 14 viales
Plasencia				4 envases
Navalmoral de la Mata				
N° envases y/o viales retirados/inmovilizados		24 env.		975 envases y 2.252 viales

Fuente: CSD. Servicio de Ordenación Farmacéutica y Productos Sanitarios.

Elaboración: CSD. Servicio de Ordenación Farmacéutica y Productos Sanitarios.

10. PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD

CAPÍTULO

10.1 SALUD DE LA MUJER

10.1.1 PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA (PDMCM): 4ª RONDA DE CRIBADO 2005-2006

El programa consiste en una prueba de cribado con la realización de mamografía bilateral en doble proyección. Como norma general se establece un intervalo de cribado de 2 años.

El programa tiene una infraestructura que consiste en:

- Unidad central de gestión del programa: dependiente de la Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud del SES, integrada por una médica y dos auxiliares de clínica. Esta central, desde el comienzo de la tercera ronda de cribado, se encarga también del archivo de las mamografías realizadas.
- Unidad de realización de mamografías: integrada por los técnicos especialistas en radiología (TER) y distinguiéndose dos tipos:
 - Unidad de realización de mamografías fija, ubicada en cada uno de los hospitales de área participantes en el programa, con un total de 8 unidades.
 - Unidad de realización de mamografías móvil. Se desplaza por las localidades donde no existe hospital.
- Unidad de lectura, que está integrada por radiólogos responsables de la lectura de mamografías, tanto en el ámbito rural como urbano. Se dispone de 8 unidades de lectura, una en cada área de salud.
- Los equipos de atención primaria son los responsables de la captación de población de riesgo y comunicación de resultados a las usuarias.

La población diana son todas las mujeres residentes en Extremadura de 50 a 64 años, y las de 40 a 49 años con antecedentes de cáncer de mama en primer grado.

Las mamografías realizadas dentro del PDPCM se envían a las distintas unidades de lectura, donde son interpretadas por radiólogos del SES mediante el método de doble lectura con consenso. De la interpretación de estas mamografías se obtienen una serie de recomendaciones que, en resumen, son: volver a campaña para control rutinario o control frecuente; o bien, ser remitidas desde la propia unidad de lectura directamente a las consultas de patología mamaria de los servicios de radiodiagnóstico del hospital de referencia, sin que medien consultas con otros servicios clínicos, lo que supone una mayor eficacia y rapidez en la respuesta ante posibles alteraciones mamográficas, así como un ahorro de consultas hospitalarias en las distintas áreas de salud.

CAPÍTULO

Las pacientes vistas en las consultas de mama del servicio de radiodiagnóstico pueden ser devueltas al programa para controles rutinarios o frecuentes, o bien ser enviadas a los servicios clínicos del hospital para controles, biopsias, tratamientos, etc.

La cuarta ronda de cribado del PDPCM comenzó el 1 de Enero de 2005 y finalizó el 31 de Diciembre de 2006. Los objetivos que se plantearon en ella fueron:

1. Incrementar la tasa de citación al 100% de la población objeto del programa. En la tercera ronda de cribado la tasa de citación se situó en un 96%; en la cuarta ronda la tasa de citación alcanzó el 100%.
2. Aumentar la participación global en el programa. En la tercera ronda de cribado la participación global fue del 54%, mientras en la cuarta se situó en un 75%.
3. Elevar la participación de cada una de las ocho áreas de salud en el programa. Tabla 10.1.

Tabla 10.1

PDPCM (rondas 3ª y 4ª). Participación (en porcentaje) y tiempos medios de espera desde la mamografía hasta la prueba complementaria (en días) por áreas de salud. Extremadura.

Área de salud	Participación (%)		Tiempo medio de espera desde la mamografía hasta la prueba complementaria (días)	
	3ª Ronda	4ª Ronda	3ª Ronda	4ª Ronda
Badajoz	49%	54%	60	35
Mérida	65%	76%	40	25
Don Benito-Villanueva	64%	72%	70	30
Llerena-Zafra	50%	57%	80	35
Cáceres	58%	60%	50	30
Coria	49%	82%	-	30
Plasencia	54%	71%	25	20
Navalmoral de la Mata	60%	75%	-	20

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

4. Disminuir el número de cartas de citas devueltas a la unidad central de gestión. En la tercera ronda de cribado el número de cartas devueltas fue de 5.351; y en la cuarta han sido 11.993. Viendo que no sólo no se ha disminuido, sino que se ha aumentado en más del doble este número de cartas al final de la cuarta ronda, se actualizó la base de datos utilizando como fuente la información proporcionada por el INE.

5. Disminuir la tasa de utilización de pruebas complementarias. En la tercera ronda de cribado se situó en un 5,8%, mientras en esta cuarta ronda se situó en un 5%.

6. Disminuir el tiempo de espera en la comunicación de resultados a la usuaria. Tablas 10.1 y 10.2.

Tabla 10.2

PDPCM (rondas 3ª y 4ª). Tiempo medio de espera desde la realización de la mamografía hasta la emisión de resultados al médico de cabecera. En días. Extremadura.

Área de salud	3ª Ronda. Resultados		4ª Ronda. Resultados	
	Normales	No normales	Normales	No normales
Badajoz	35	60	20	35
Mérida	35	40	15	25
Don Benito-Villanueva	65	70	25	30
Llerena-Zafra	60	80	25	35
Cáceres	60	50	20	30
Coria	50	45	25	30
Plasencia	40	35	12	20
Navalmoral de la Mata	30	50	12	20

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

7. Mejorar tanto la recogida como la evaluación de los datos por cada uno de los profesionales participantes en este programa. En esta cuarta ronda de cribado ya tenemos clasificaciones de tumores diagnosticados en dos áreas de salud.

En la Tabla 10.1 se observa un importante aumento de la participación en todas las áreas de salud de Extremadura, junto a un evidente descenso de los tiempos medios de espera. Mientras que en la Tabla 10.2 también se aprecia un importante descenso de los tiempos medios de espera.

Los resultados de la 4ª ronda de cribado fueron los siguientes: la participación alcanzó el 75% de las mujeres; el 64% pertenecía a zonas rurales y el 36% a zonas urbanas; el 5% precisó de valoraciones adicionales (pruebas complementarias); el 84% de los diagnósticos globales fueron normales y el 16% no normales. Tabla 10.3.

Tabla 10.3

PDPCM. 4ª Ronda de cribado. Resultados de la lectura de las mamografías. En porcentaje. Extremadura. 2005-2006

Resultados de la lectura de las mamografías	Porcentaje
Mamografía normal	84,60%
Mamografía benigna	14,70%
Mamografía probablemente benigna	1,30%
Mamografía probablemente maligna	0,14%
Mamografía maligna	0,16%

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

La tasa de participación se considera que ha tenido unos resultados óptimos, comparados con los que se realizan a escala nacional. Tabla 10.4.

Tabla 10.4 PDPCM. 4ª Ronda de cribado. Comparación de los resultados en Extremadura respecto a los resultados considerados aceptables y óptimos nacionales. 2005-2006

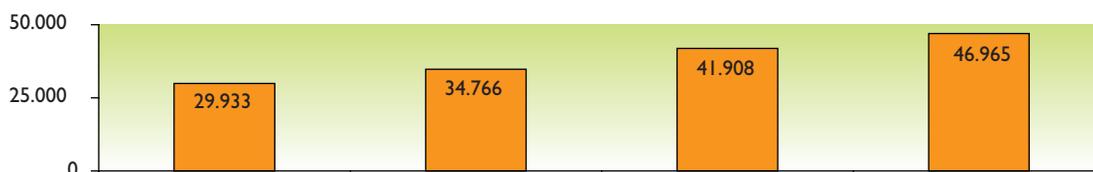
	Resultados		
	Aceptables	Óptimos	Resultados Extremadura
Tasa de participación	60%	75%	75%
Valoración con imágenes adicionales	< 5%	< 1%	5%
Recitación	< 7%	< 5%	5%

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

El número total de mamografías realizadas en las cuatro rondas hasta el año 2006, ha sido de 153.572. Su evolución se detalla en la Figura 10.1, observándose un crecimiento sostenido a lo largo del tiempo.

Figura 10.1 PDPCM. Evolución del número de mamografías realizadas en las distintas rondas de cribado. Extremadura



Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

10.1.2 PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA (5ª RONDA DE CRIBADO 2007-2008)

Comenzó el 1 de Enero de 2007, con las siguientes modificaciones:

1. La población diana se incrementó, siguiendo las recomendaciones dictadas por la Unión Europea (2003/878/CE) y el PICA. Desde ese momento, la población diana aumentó en 33.439 mujeres, por lo que fue necesario contratar una nueva unidad móvil, activa en el ámbito rural seis meses por año de ronda de cribado.
2. Se ha hecho necesario adecuar el programa informático SIGMACE, de gestión y evaluación del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama a las nuevas tecnologías que se implantan dentro del SES.

3. Se ha incrementado la comunicación entre niveles asistenciales, sobre todo en el ámbito urbano, con el fin de aumentar su participación en el programa. También se hace necesaria una mejor comunicación con ginecología y/o cirugía, para la realización de mamografías que solicitan a mujeres susceptibles de cribado poblacional.
4. Se va a valorar la conveniencia del aumento de la población diana a los 45 años y la eliminación de la misma entre 40-49 años con factores de riesgo, que se derivarían hacia otras vías (Unidad de Consejo Genético en cáncer hereditario).

10.2 SALUD INFANTIL

10.2.1 Salud escolar. Controles de salud

Actualmente, el Programa de Salud Escolar se estructura en cuatro áreas de intervención: EpS y controles de salud, donde se incluye la revisión del estado inmunitario de los escolares, la salud bucodental y la prevención de trastornos por déficit de yodo.

Tiene como referencia, desde el punto de vista técnico, al Programa del Niño y del Adolescente en lo que a Salud Escolar se refiere, aparte de lo especificado en la Ley de Salud Escolar (2/90, de 26 de abril).

Hasta 2006, los controles de salud se realizaban en los centros escolares; pero a partir de 2007, dichos controles se llevan a cabo en la zona de salud a la que pertenece cada niño, según su domicilio familiar. Esta modificación se ha hecho con el fin de que sean siempre los mismos profesionales de la salud, los que examinen el desarrollo del niño y adolescente.

El control de salud consiste en una exploración somatométrica, bucodental, del cuello, tórax, genitales, aparato locomotor, visual, auditiva y comprobación del correcto estado vacunal. Se realiza a todos los niños extremeños que cursen 1º y 5º de educación primaria y 2º de ESO, y tiene por objeto detectar y tratar precozmente las anomalías susceptibles de ser corregidas y obtener información básica del nivel de salud de los niños de Extremadura.

Entre los resultados, al igual que en años anteriores, las patologías más frecuentes en los escolares durante el curso 2005-2006, son caries, maloclusión dental, déficit de visión, alteraciones del aparato locomotor y continúa en aumento la obesidad. Con relación a las coberturas poblacionales, durante el curso 2005-2006 fue el Área de Mérida la que mayor cobertura alcanzó (92,48%), seguida de Llerena-Zafra (91,56%) y Don Benito-Villanueva (91,32%). Tabla 10.5.

CAPÍTULO

Tabla 10.5

Nº de escolares estudiados y patologías (en porcentaje) más frecuentes encontradas en los escolares. Extremadura y sus áreas de salud. Curso 2005/2006

	POBLACIÓN ESCOLAR									
	BA	ME	DB	LL	CC	PL	CO	NV	EX	
Total estudiados	6.614	4.378	4.039	2.919	5.185	2.096	1.191	1.629	28.051	
Cobertura población (%)	85,20	92,48	91,32	91,56	89,83	88,29	84,11	84,89	88,89	
Patologías										
Obesidad	7,85	9,62	7,95	13,09	8,16	6,25	16,71	6,81	8,94	
Hipocrecimiento	1,21	1,62	1,16	1,51	1,18	1,57	2,85	1,23	1,39	
Caries	27,65	28,28	23,52	41,90	24,90	26,43	73,05	30,20	30,11	
Maloclusión	20,93	22,43	14,56	44,47	26,46	22,09	34,42	24,62	24,59	
Bocio	0,48	0,48	0,37	1,85	0,62	0,62	0,34	1,60	0,70	
Cardiaca	2,45	2,79	3,14	4,90	3,39	3,63	6,30	4,48	3,40	
Genital	0,65	0,78	0,40	2,02	0,33	0,62	0,17	0,56	0,69	
Locomotor	5,65	22,22	2,85	38,61	26,11	9,02	34,42	21,98	17,47	
Visual	0,74	16,35	7,60	32,03	22,10	18,94	27,79	19,58	14,97	
Auditivo	2,56	2,81	0,69	11,03	1,43	1,24	2,52	1,66	2,85	

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

10.2.2 SALUD ESCOLAR. PREVENCIÓN DE TRASTORNOS POR DÉFICIT DE YODO

Como prevención del bocio endémico, el SES (a través del Programa de Salud Escolar) reparte todos los años sal yodada a los comedores escolares, tanto públicos como privados, de Extremadura, así como a las industrias panaderas de las zonas endémicas.

En total se han repartido 15.937 kg a los comedores escolares de toda Extremadura, y 12.820 kg a industrias panaderas de las zonas endémicas de las Áreas de Salud de Coria y Plasencia.

10.2.3 SALUD ESCOLAR. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

En Extremadura se han creado las Escuelas Promotoras de Salud de Extremadura. Desde el Programa de Salud Escolar se forma a los profesores de los Centros de Profesores y Recursos.

10.2.4 SALUD BUCODENTAL

Los dentistas de las USBD, durante el curso 2005-2006, han realizado revisiones a los alumnos de 1º, 3º y 5º de primaria, y a los de 2º de ESO. Además se han distribuido 90.000 kits dentales infantiles.

10.3 INMUNIZACIONES PREVENTIVAS

El Calendario Íntegro de Vacunaciones de la CAE se aprobó mediante Decreto 161/2006, de 6 de septiembre (DOE nº 108, de 14 de septiembre de 2006). Está constituido por el Calendario de Vacunaciones Sistemáticas Infantiles, el Calendario del Niño Mal Vacunado y el Calendario del Adulto.

Recientemente, el Decreto 23/2008, de 22 de febrero (DOE nº 42, de 29/02/2008) modificó el Calendario de Vacunaciones Sistemáticas Infantiles de la CAE. Las modificaciones del nuevo Calendario Sistemático Infantil son: introducción de la vacunación frente al Virus del Papiloma Humano a las niñas de 14 años de edad (cuya campaña comenzará a partir del 1 de septiembre de 2008); y supresión de la dosis de vacuna frente a poliomielitis que se administraba a los 6 años.

10.3.1 VACUNACIONES INFANTILES

Las coberturas de las vacunas infantiles en Extremadura se sitúan alrededor del 90% durante el período 2004-2007. Tabla 10.6.

Tabla 10.6 Evolución de las coberturas de vacunaciones infantiles. Extremadura. 2004-2007

		2004	2005	2006	2007
Poliomielitis	1 año	96,32	95,12	96,41	92,01
	18 meses	93,55	92,45	91,02	89,12
	6 años	94,56	93,67	87,86	96,14
DTPc/a	1 año	96,40	95,12	96,41	92,01
DTPa	18 meses	94,56	92,45	91,02	89,12
DTPa	6 años	93,52	91,51	89,14	96,53
Difteria-Tétanos		91,96	84,42	88,22	85,92
Triple Vírica	15 meses	94,07	92,03	92,09	92,11
	6 años	95,12	96,21	88,17	97,63
Hepatitis B	1 año	97,06	94,77	94,80	91,67
	13 años	83,91	80,83	71,32	64,39
Haemophilus influenzae tipo b	1 año	96,20	95,12	96,41	92,01
	18 meses	93,87	92,45	91,02	89,12
Meningitis C	1 año	96,81	94,75	95,87	91,98

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

10.3.2 CAMPAÑA DE VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE

La gripe es una enfermedad respiratoria aguda de gran trascendencia en salud pública. Todos los inviernos se producen brotes de gripe con extensión y afectación variable, que conllevan una gran morbilidad y mortalidad (ésta última debido fundamentalmente al gran número de complicaciones que induce la enfermedad en ancianos e individuos con enfermedades crónicas). Para su prevención y control, así como para evitar sus complicaciones, la medida más importante y eficaz es la vacunación. La campaña de vacunación antigripal de cada temporada se realiza durante el otoño (octubre y noviembre).

La población diana a la cual va dirigido la campaña de vacunación antigripal es:

- Personas mayores o iguales a 65 años de edad.
- Personas menores de 65 años que, por presentar una condición clínica especial, tienen un alto riesgo de complicaciones derivadas de la gripe; o porque el padecer la enfermedad pueda provocar una descompensación de su condición médica.
- Personas que pueden transmitir la gripe a aquellas que tienen un alto riesgo de presentar complicaciones.
- Otros grupos en los que se recomienda la vacunación.

Las cifras sobre el número de inmunizados y las coberturas vacunales frente a la gripe indican una tendencia descendente de las mismas durante las últimas temporadas. Tabla 10.7.

Tabla 10.7 Cobertura de vacunación de la gripe y número de vacunados. Extremadura. Temporadas 20002/2003 - 2007/2008

	2002/2003	2003/2004	2004/2005	2005/2006	2006/2007	2007/2008
Vacunados >64 años	166.986	159.101	148.116	160.445	151.600	140.977
Cobertura >64 años	85,98%	81,92%	76,26%	79,43%	75,05%	69,83%
Vacunados <65 años*	32.961	59.110	57.758	64.050	56.368	53.131
Total vacunados	199.946	218.211	205.874	224.495	207.968	194.108

*Incluye personal sanitario y parasanitario.

Fuente: SES. Dirección General de Salud Pública.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

10.3.3 PROGRAMA DE INMUNIZACIÓN FRENTE A NEUMOCOCO

Las enfermedades producidas por neumococo son más frecuentes en los niños, en las personas de edad avanzada, en las que padecen ciertas enfermedades crónicas y en inmunodeprimidos.

Actualmente, el programa de inmunización con vacuna polisacárida frente al neumococo (con 23 serotipos) se dirige a toda la población de 65 años o más y a la población de 5 a 65 años que se encuentre incluida en alguno de los grupos de riesgo.

Por otra parte, con la finalidad de disminuir la enfermedad neumocócica y sus complicaciones en niños de riesgo, se indica la inmunización con vacuna conjugada frente a neumococo (con 7 serotipos) a niños de edades comprendidas entre 2 meses y 5 años que padezcan alguna enfermedad que los incluya en algún grupo de riesgo.

10.3.4 PROGRAMA DE INMUNIZACIÓN FRENTE A VARICELA

Con la finalidad de disminuir la incidencia y las complicaciones de la varicela en la población de riesgo, a finales de 2004 se inició la inmunización con vacuna de la varicela para niños y adultos (población de 1 a 65 años de edad) que pertenezca a alguno de los grupos de riesgo que se incluyen en este programa de inmunización.

Dentro del actual Calendario Sistemático Infantil de Vacunaciones de Extremadura, se inmuniza frente a varicela a los niños de 10 años no vacunados previamente y que manifiesten no haber padecido la enfermedad.

10.3.5 OTRAS ACTIVIDADES REALIZADAS

Con la finalidad de mejorar la gestión, la conservación y las indicaciones de las vacunas, se atienden las consultas realizadas por profesionales y usuarios a los técnicos de la CSD y del SES sobre diversos temas relacionados con ellas (indicación o no de administrar una vacuna en diferentes situaciones, interacciones, actuación ante la rotura de la cadena de frío, etc.).

Como apoyo técnico a los profesionales, se realiza el Informe Técnico de Termoestabilidad de las vacunas que se utilizan en la CAE, el cual se actualiza anualmente e indica la actuación a seguir con cada vacuna en caso de ruptura de cadena de frío.

Así mismo, se cuenta con la asistencia de un representante de la CSD a las reuniones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de actuar de forma coordinada en el ámbito de las inmunizaciones con el resto de CCAA.

CAPÍTULO**10.4 EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EpS)**

La EpS se constituye como una herramienta fundamental para el desarrollo de actividades de promoción de la salud, ya sea desde la protección de la salud pública o la prevención de la enfermedad en sus tres niveles (prevención primaria, secundaria y terciaria). Tiene como objetivos proporcionar a los individuos y comunidad la información necesaria para mantener y mejorar su salud; fomentar estilos de vida saludables; y proporcionarles “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1988). Para la consecución de objetivos en salud es necesaria la participación activa de los diferentes grupos y agentes que forman la comunidad (instituciones, agentes sociales, comunidad educativa, etc.).

10.4.1 PLAN MARCO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE EXTREMADURA 2007-2012

Dada la importancia de la EpS como herramienta para mejorar la salud de la población, la CSD ha elaborado el Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura (PMEpS), que constituye un “marco común” para la realización, la consolidación y el impulso de la EpS, garantizando además la coordinación de las actividades en esta materia de la forma más eficiente posible en todos los ámbitos (sanitario, educativo, sociocomunitario y laboral).

10.4.2 ESTRUCTURA DE COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EXTREMADURA.

En los últimos años se ha desarrollado un sistema de coordinación de actividades de EpS, cuyos objetivos fundamentales son: impulsar actividades de EpS, optimizando su efectividad y eficiencia, así como su rigor técnico. Para ello se creó en 2004 el Comité de Enlace de Educación para la Salud de Extremadura, como máximo elemento de coordinación estratégica interinstitucional, del que forman parte representantes de las Consejerías de Educación y Sanidad y Dependencia, así como del Servicio Extremeño de Salud.

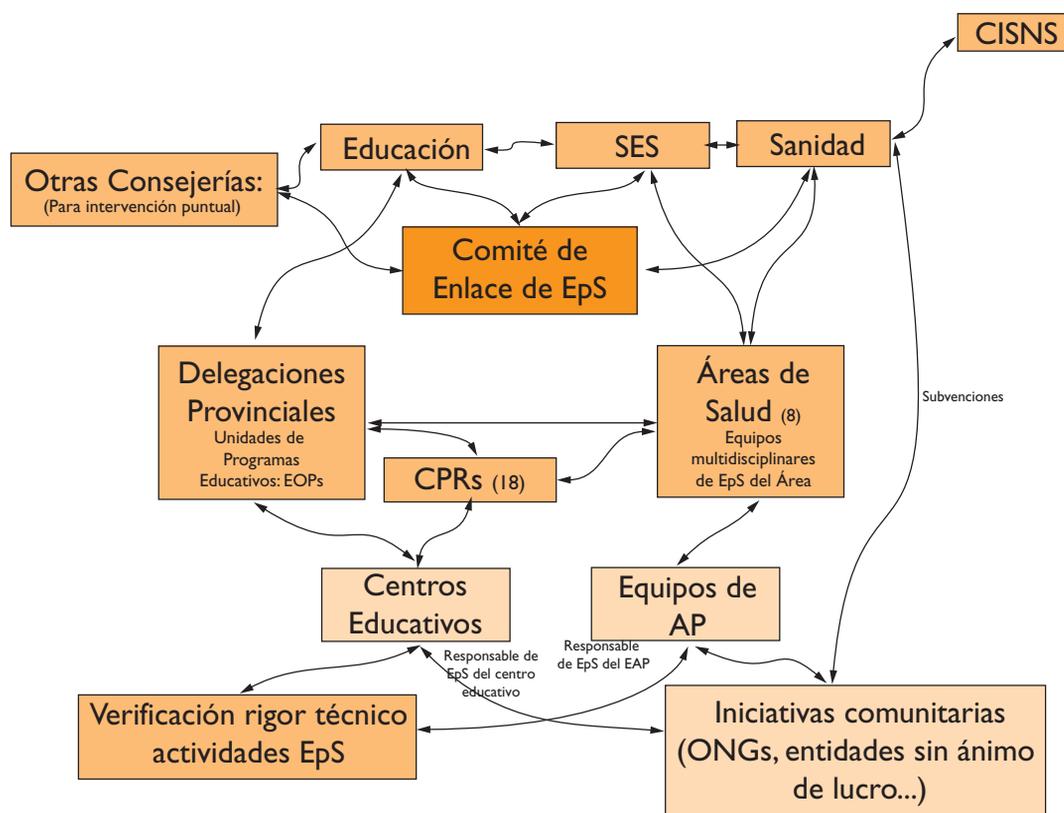
Posteriormente se crearon los equipos multidisciplinares de EpS de cada área de salud. Estos grupos multidisciplinares están formados por 2 a 4 profesionales, y sirven de referente en EpS en su correspondiente área de salud para: velar por el rigor técnico; encargarse de la evaluación de actividades de EpS y del apoyo técnico a entida-

des y comunidad educativa; recopilar y registrar información sobre actividades de PS y EpS; y de promocionar la EpS en su área de salud.

La figura del responsable de EpS del equipo de atención primaria (con funciones muy similares a la del equipo responsable de EpS del área de salud, pero en el ámbito de la zona de salud), es de especial importancia en su relación con la comunidad educativa (con la que deberá trabajar y asesorar), teniendo como fin fundamental la EpS en el ámbito educativo y el asesoramiento técnico sanitario a los miembros de la comunidad educativa y de entidades sin ánimo de lucro que realicen EpS.

La estructura de coordinación en el ámbito educativo pasa por la Dirección General de Política Educativa de la Consejería de Educación, a través de las Delegaciones Provinciales y los Centros de Profesores y Recursos (CPRs). Figura 10.2.

Figura 10.2 Estructura de Coordinación de la Educación para la Salud en Extremadura



CISNS: Consejo Interterritorial del SNS.

Fuente: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

10.4.3 RED EXTREMEÑA DE ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD.

En 2006 se crea, en colaboración con la Consejería de Educación, la Red Extremeña de Escuelas Promotoras de Salud (RExEPS), cuyo objetivo es la creación de una red de centros educativos que utilicen cualquier oportunidad para favorecer la salud y que además ejecuten un programa específico en tal sentido. Estos centros educativos deben servir como base para la actuación en salud en la comunidad.

Inicialmente estaba constituida por 18 centros; como soporte a la misma se diseñó un entramado de apoyo constituido por:

- Los equipos multidisciplinares de educación para la salud de las áreas de salud.
- Los CPRs (dependientes de la Dirección General de Política Educativa de la Consejería de Educación), a través de la figura del responsable de salud de cada CPR.
- Servicios Centrales de la CSD (Servicio de Coordinación Sanitaria) y del SES (Subdirección de Salud y Secretaría Técnica de Drogodependencias).
- Servicios Centrales de la Consejería de Educación (Servicio de Programas Educativos y de Atención a la Diversidad, y Servicio de Innovación y Formación del Profesorado).

10.4.4 ALGUNAS ACTUACIONES DE EPS

Entre otras actividades que se desarrollan en Extremadura relacionadas con la EpS se encuentran, entre otras:

1. **Ayudas económicas** a través de subvenciones a proyectos de EpS para ONGs y entidades sin ánimo de lucro con las que se persigue incrementar el número de actividades de EpS, configurándose como una herramienta para hacer partícipes a todos los elementos comunitarios, poniendo en marcha elementos como la posibilidad de trabajar en red, la subvención a asociaciones de profesionales sanitarios, o incentivar el trabajo multidisciplinar.

Por ámbitos temáticos, los que recibieron en conjunto mayores ayudas durante los últimos años (debido a que fueron los más solicitados), fueron: juventud, alimentación, ejercicio físico, diabetes, salud mental, obesidad, cáncer, VIH/sida e ITS.

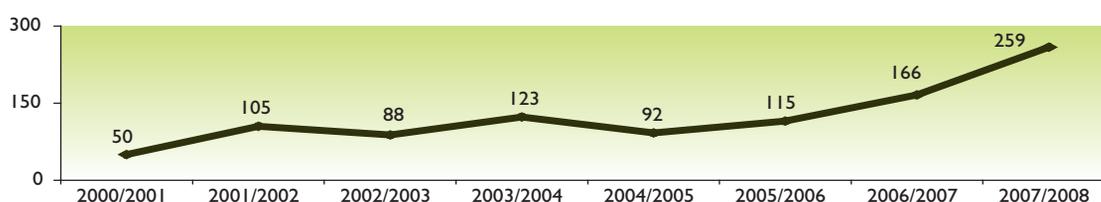
El presupuesto para estas subvenciones fue en 2006 de 265.000 euros, incrementándose a 365.000 y 455.000 para los años 2007 y 2008 respectivamente. Entre las actuaciones más destacadas en este ámbito se encuentran:

- Impulso a los Proyectos presentados por asociaciones de profesionales sanitarios. En todas las modalidades se considera especialmente positiva la participación de los docentes y de los centros educativos.

- Modificación del Decreto que regula estas subvenciones, de forma que se agilice la gestión de la misma.
- Implicación de las Gerencias de Área del SES, impulsando la EpS en su ámbito geográfico, a través de los equipos multidisciplinares de EpS, y evaluando los proyectos presentados.
- Ampliación de la base de datos con los proyectos subvencionados en años anteriores. Figura 10.3.

Figura 10.3

Evolución del número de proyectos de EpS financiados por la Consejería de Sanidad y Dependencia. Extremadura. Curso escolar 2000/2001 - 2007/2008



Fuente: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

2. Dotación de **materiales de EpS** desde el Servicio de Envío de Materiales Relacionados con la EpS (SEMREpS) a cuanto profesionales, entidades e instituciones sin ánimo de lucro lo precisen. Entre los materiales puestos a disposición se encuentran:

- Folletos: “Frente a la Obesidad y la Diabetes, come sano y haz ejercicio” y “Against obesity and diabetes eat healthily and do exercise”, ejemplo de material para realizar EpS transversalmente en el área de inglés y en los centros bilingües.
- Documentos: serie de Documentos de Apoyo a las Actividades de EpS, de los que se han editado los siguientes:
 - Prevención de la obesidad y de la diabetes *mellitus* tipo 2.
 - Trastornos del comportamiento alimentario: Anorexia y Bulimia.
 - Actividad física y deportiva para la salud.
 - Antecedentes y concepto de EpS.
 - Lactancia materna.
 - Hipertensión arterial.
 - Prevención del cáncer.
 - Formación de formadores en EpS.
 - Uso racional de medicamentos.
 - Internet y salud.
- CD-Rom: presentaciones, y otros documentos de apoyo, personalizables y adaptables totalmente al grupo sobre el que se va a intervenir en EpS.

CAPÍTULO

- Para poder utilizar mejor los materiales electrónicos, se ha dotados a los equipos de atención primaria de un ordenador portátil y un cañón (que además facilitarán las actividades de EpS en la comunidad).

3. Difusión de temas de EpS a través de la web “Salud Extremadura” (www.saludextremadura.com) a profesionales del SSPE y población general.

4. Participación en la Red Europea de la Cultura Alimentaria, con objeto de intercambiar experiencias y promover la colaboración con múltiples entidades en la alimentación tradicional sana de cada uno de los países y regiones participantes europeas.

5. Campañas anuales de EpS y PS frente a la obesidad y la diabetes tipo 2, para fomentar la realización de actividad física y de alimentación saludable. Se encuentran enmarcadas en el Plan de Salud de Extremadura 2005-2008 y en la Estrategia NAOS frente a la Obesidad Infantil y Juvenil del Sistema Nacional de Salud. Consiste en una actividad formativa doblemente acreditada (por las Consejerías de Educación y de Sanidad) para docentes, donde han participado más de 340 profesores en 2006 y más de 470 en 2007, y en la que se ha realizado una intervención directa y específica mediante una actividad de EpS participativa sobre 16.247 niños durante los últimos años (2005-2007); todo ello reforzado con una campaña en medios de comunicación, folletos y carteles distribuidos a farmacias, centros educativos y sanitarios, etc., siguiendo así las recomendaciones planteadas por la OMS.

6. Actividades frente al tabaquismo: Campaña “No fumes, tú eres su modelo”, dirigida a profesionales sanitarios y docentes, con diverso material promocional que contiene mensajes sobre su papel como colectivos modélicos en la prevención del consumo de tabaco y sobre el respeto a los espacios sin humo.

7. Proyectos de PS en medios de comunicación y programas educativos para el consumo de frutas y hortalizas

8. I Certamen de premios a actividades ejecutadas en el campo de la EpS en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura; con distintas modalidades dirigidas a profesionales sanitarios, docentes y profesionales del ámbito comunitario.

9. Formación en EpS, implementando actividades formativas a través de la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud, Escuela de Administración Pública, Asociación de Universidades Populares de Extremadura (AUPEX), CPRs y Dirección General de Política Educativa de la Consejería de Educación.

10. Investigación en EpS: elaboración del Estudio sobre Aspectos Prioritarios de EpS en Extremadura; difusión de resultados y ajuste de las acciones a dichos resultados (como en el caso de las actividades formativas).

II. ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

CAPÍTULO

Uno de los aspectos cardinales que define el grado de desarrollo de una comunidad radica en disponer de una estructura organizativa o red de servicios al objeto de dar respuesta a las necesidades de la población en general y de los distintos sectores en particular: mayores, menores, personas dependientes, personas con discapacidad, grupos diversos de marginados o excluidos, etc.

El conocimiento de las necesidades de la población, la redistribución de los recursos en cada uno de los sistemas, la promoción de un adecuado funcionamiento de éstos y la interrelación de todos ellos entre sí, son funciones determinantes en el nivel de bienestar de la comunidad. Resulta, por tanto, imposible concebir un grado de bienestar alto sin la confluencia de todos estos sistemas y la coordinación de las distintas administraciones con competencia en la materia.

Los cambios demográficos y sociales que se han producido en Extremadura durante los últimos años, como en el resto de España y otros países desarrollados, están modificando la utilización de los servicios sanitarios y sociales. Este contexto impone la necesidad de replantear una política de atención centrada en la necesidad de cuidados prolongados, que contemple el diseño y la aplicación de un modelo de atención específico al colectivo referido, un referente de organización de los recursos que incluya medidas en todos los ámbitos, así como el establecimiento de prioridades en su implementación.

El presente Análisis de Situación intenta poner de manifiesto la realidad de la CAE con relación a los diferentes grupos de intervención que quedarían acogidos dentro del modelo propuesto.

Para la estimación del volumen de posibles usuarios del ámbito sociosanitario hemos recurrido a las fuentes demográficas y estadísticas oficiales, así como a los estudios y encuestas realizadas por las Instituciones del Estado y de la propia CAE.

II.1. EL ESPACIO SOCIOSANITARIO

Hay que buscar el origen del concepto de “espacio sociosanitario” en diferentes esferas, si bien puede afirmarse que, esencialmente, surge de la consideración de factores como los siguientes:

Los cambios en los patrones de mortalidad y morbilidad en las últimas décadas que han desembocado en el incremento de la esperanza de vida. Este aumento en el porcentaje de población envejecida ha permitido el crecimiento paralelo del número de personas con enfermedades crónicas e incapacitantes.

CAPÍTULO

La notable prolongación de la esperanza de vida de las personas con discapacidades psíquicas, físicas, sensoriales y de otra índole y en grados diversos. Resulta relevante además el hecho de que, en este colectivo, el nivel de deterioro general y las posibilidades de concomitancia de patologías añadidas aparecen a un ritmo superior que si se considera al individuo sano.

La generalización del fenómeno de cronicidad ha supuesto una modificación profunda en el sistema sanitario y sus prestaciones, dando entrada a la atención a la discapacidad. En este horizonte se impone como pilar básico la necesidad simultánea de servicios sociales y sanitarios. Se trata de carestías relevantes tanto por su continuidad en el tiempo como por la intensidad de la mediación requerida para las que la intervención social y la sanitaria deben, de forma conjunta, tener un efecto sinérgico en la obtención del resultado deseado.

11.2 ASPECTOS GENERALES DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

11.2.1 ATENCIÓN A MAYORES

El contingente de población de 65 y más años, no sigue una distribución homogénea si tomamos en consideración las distintas áreas de salud que conforman la Comunidad Autónoma. Las áreas con más población total son también las que tienen un mayor número de personas con más de 65 años, viceversa. La Tabla 11.1, construida a partir de los datos del Padrón de Población de 2007, muestra cómo se distribuyen los extremos de 65 y más años por áreas de salud.

Tabla 11.1 Distribución de la población mayor de 65 años por áreas de salud. Extremadura. 2007

	65 y más años	65-79 años	80 y más años
Badajoz	42.243	31.322	10.921
Mérida	25.831	19.370	6.461
Don Benito-Villanueva	29.316	21.036	8.280
Llerena-Zafra	22.966	16.526	6.440
Cáceres	39.787	28.362	11.425
Coria	11.861	8.624	3.237
Plasencia	24.050	17.520	6.530
Navalmoral de la Mata	10.964	7.761	3.203
Extremadura	207.018	150.521	56.497

Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2007.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Los índices de envejecimiento y dependencia son un conjunto de indicadores que informan acerca de las características de la estructura poblacional atendiendo a la distribución por grupos de edad. En Extremadura estos índices arrojan los siguientes resultados, distribuidos por áreas de salud. Tabla 11.2:

Tabla 11.2 Indicadores de la estructura de población por edad en Extremadura y sus áreas de salud. 2007

Extremadura								
Índice de vejez (población ≥65 años / población total)	18,99%							
Intensidad de envejecimiento (población ≥80 años / población ≥65 años)	27,29%							
Índice de Fritz (población <20 años / población 20-49 años)	72,42%							
Índice de Burgdöfer (población 5-14 años / población 45-64 años)	44,35%							
Índice de Sundbarg (0-14) (población 0-14 años / población 15-49 años)	29,11%							
Índice de Sundbarg (>50) (población ≥50 años / población 15-49 años)	68,80%							
Índice de reemplazo de la pobl. activa (pobl. 15-19 años / pobl. 60-64 años)	127,86%							
Índice de dependencia demográfica (pobl. <20 + ≥65 años / pobl. 20-64 años)	66,51%							
Índice de dependencia de jóvenes (pobl. <20 años / pobl. 20-64 años)	34,88%							
Índice de dependencia de mayores (pobl. ≥65 años / población 20-64 años)	31,62%							
Áreas de salud								
	BA	ME	DB	LL	CC	CO	PL	NV
Índice de vejez	15,79%	15,92%	20,66%	21,51%	20,38%	23,95%	21,48%	19,98%
Intensidad de envejecimiento	25,85%	25,01%	28,24%	28,04%	28,72%	27,29%	27,15%	29,21%
Índice de Fritz	72,82%	75,16%	75,18%	75,13%	67,66%	69,22%	69,92%	74,12%
Índice de Burgdöfer	47,29%	50,63%	44,99%	45,95%	40,00%	36,83%	39,01%	41,91%
Índ. Sundbarg (0-14)	30,17%	31,28%	29,91%	29,68%	26,70%	26,71%	26,97%	28,78%
Índ. Sundbarg (>50)	59,99%	58,86%	74,74%	74,88%	72,22%	87,76%	77,44%	72,87%
Índice de reemplazo de la población activa	137,50%	146,30%	126,80%	125,10%	119,40%	102,20%	112,10%	130,30%
Índice dependencia demográfica	61,96%	64,03%	70,90%	72,87%	65,79%	72,75%	68,22%	67,45%
Índice dependencia de jóvenes	36,38%	37,92%	35,60%	35,68%	31,99%	31,37%	32,08%	33,99%
Índice dependencia de mayores	25,58%	26,11%	35,30%	37,19%	33,79%	41,37%	36,14%	33,46%

*Porcentaje incluido en el de población ≥65 años.

Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2000 y 2007.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Estos valores ponen de manifiesto la existencia en Extremadura de diferentes comportamientos, determinados por la presencia de una población mayoritariamente rural o urbana, o bien por la existencia de un equilibrio entre ambos tipos de población.

El conocimiento de los apoyos informales del anciano conlleva la necesidad de saber si convive con personas de su generación o no y si la persona mayor o su cuidador se han trasladado de vivienda para recibir u ofrecer los cuidados. En gran número de ocasiones el cuidador es también una persona mayor con una autonomía limitada.

Los datos obtenidos a partir de la Encuesta Sociodemográfica del INE (basada en el Censo de 2001) revelan que en Extremadura existen 196.916 personas de 65 años o

CAPÍTULO

más, de los que 42.466 viven solas (un 21,5%), con una relación aproximada de 3 a 1 a favor de las mujeres (31.694 mujeres frente a 10.772 varones), y en su gran mayoría de estado civil, para ambos sexos, viudo.

En el caso específico de 80 y más años, en Extremadura viven 41.488 personas (13.452 varones y 27.036 mujeres), de los que 14.677 viven solos (el 35,4% de la población mayor de 80 años), con una relación superior de 3 a 1 a favor de las mujeres (11.539 mujeres y 3.138 hombres), y en los que la inmensa mayoría es de estado civil viudo, para ambos sexos.

Con todo, el modo de convivencia más frecuente entre las personas de 65 años o más es la de dos adultos, uno al menos de 65 años o más, sin menores (90.033 personas, 42.748 varones y 47.285 mujeres, de estado civil mayoritario casado, para ambos sexos), lo que representa el 45,7% de la población de esa edad.

El 63,31% de los hombres mayores de 85 años están casados, mientras que las mujeres de esta edad sólo lo están en el 19,3%. Sin embargo, el porcentaje de viudas (70,8%) casi duplica al de viudos (38,2%).

En España, la proporción de personas de 65 años y más que viven solas con respecto a la población total de esa edad es del 19,99%, (el 15,35% mujeres y el 4,64% varones). La convivencia más frecuente entre las personas de 65 años o más, es también, como en el caso de Extremadura, la de dos adultos uno al menos de 65 años o más, sin menores, que representa el 42,46% de la población de esa edad.

11.2.2 TRASTORNOS MENTALES

La enfermedad mental puede ser definida como una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en la que quedan afectados procesos psicológicos básicos, como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc., lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo. Además, podemos definir un trastorno mental grave como aquel trastorno mental de duración prolongada que conlleva un grado variable de discapacidad y disfunción social.

En el ámbito de la enfermedad mental, lo sanitario y lo social se interrelacionan profundamente: existe un gran número de personas con trastorno mental grave que no pueden beneficiarse de la atención sanitaria si no disponen de apoyos sociales y viceversa. Este fenómeno exige disponer de ambas redes de manera articulada y próxima.

Por lo que respecta a Extremadura cabe afirmar que las deficiencias psíquicas en conjunto, categoría que engloba las deficiencias de origen mental o neurológico, representan una tercera parte del total de las deficiencias después de los trastornos del sistema osteoarticular y deficiencias por enfermedades crónicas.

11.2.3 PACIENTES CON ENFERMEDADES EN FASE TERMINAL

Según las últimas estimaciones, unos 6.000 pacientes podrían requerir cuidados paliativos cada año en Extremadura. De ellos, aproximadamente la mitad son pacientes con enfermedades diferentes al cáncer.

Para recibir adecuada atención en la fase terminal de la enfermedad, se precisa un equipo asistencial básico (equipo de atención primaria), apoyado adecuadamente por el soporte de cuidados paliativos y la atención especializada. Además, se requiere al menos un cuidador principal y un entorno (domicilio) adecuado para recibir los cuidados. Sin embargo, no siempre esta combinación es posible, al confluir necesidades sanitarias (en este caso una enfermedad en fase terminal) y sociales. En situaciones así, pueden tramitarse ciertos recursos de apoyo.

Los centros de atención a la dependencia son utilizados con cierta frecuencia por los pacientes en situación terminal. Por otra parte, un buen número de los fallecimientos de los ciudadanos extremeños se produce en el entorno residencial.

Las patologías, además del cáncer, susceptibles de cuidados paliativos en sus fases más avanzadas son:

- Enfermedades neuro-degenerativas, especialmente las demencias.
- Insuficiencias avanzadas de órgano (cardiaca, respiratoria, hepática, renal).
- Involución debida al envejecimiento.

11.2.4 INFECCIÓN POR VIH-SIDA

Aunque en los últimos años la incidencia por esta patología ha ido decreciendo en Extremadura, no se puede olvidar que esta enfermedad, en su fase terminal, tiene más que ver con la neurodegeneración y el cáncer que con la propia enfermedad, provocando un alto grado de incapacidad y grandes necesidades de cuidado.

Así, el paciente con una infección por VIH-sida avanzada se convierte en objeto de especial atención en el ámbito sociosanitario. Además, el proceso terminal de dicha

CAPÍTULO

enfermedad debe ser susceptible de una intervención de cuidados paliativos, que mantenga una aceptable calidad de vida sin prolongar la supervivencia.

11.2.5 ENFERMEDADES RARAS

Las ER, que carecen en su mayoría de tratamientos efectivos, presentan muchas dificultades diagnósticas y de seguimiento, y tienen un origen desconocido en la mayoría de los casos, conllevando múltiples problemas sociales. Hay pocos datos epidemiológicos y plantean dificultades en la investigación debido a la baja prevalencia.

En resumen puede decirse que existe un grupo de enfermedades “minoritarias”, de baja prevalencia, con carácter degenerativo, que comportan un aumento de la mortalidad y la aparición de invalidez crónica y que se conocen bajo la denominación común de enfermedades raras.

Son un grupo de patologías que carecen, en su inmensa mayoría, de tratamiento curativo; por ello, el objetivo primordial debe ser aumentar la calidad de vida de los pacientes, para lo que se hace necesario aunar esfuerzos y disponer de una visión de conjunto de los problemas comunes a la gran mayoría de estos cuadros, los afectados y sus familias.

11.2.6 PRECARIEDAD SOCIAL Y PROBLEMAS SANITARIOS

La nueva situación de desarrollo socioeconómico que se da en España a partir de la segunda mitad de la década de los años 80 ha llevado a nuestra sociedad a enfrentarse con un nuevo reto: la acogida de trabajadores extranjeros atraídos por las oportunidades de empleo y los niveles de bienestar existentes.

Ante esta nueva situación por primera vez en lo que va de siglo, y muy pocas veces en su historia, Extremadura ha comenzado a recibir ciudadanos procedentes de otros países. Los datos por secciones censales del Padrón Municipal a 1 de enero de 2007 indican que el 2,68% de la población extremeña es extranjera. Por países, los que aportan mayor número de extranjeros son Marruecos (el 66% de marroquíes asentados en la provincia de Cáceres) y Rumanía (el 79% de rumanos en la provincia de Badajoz); siendo también de estos dos países los que, en proporción, más inmigrantes extranjeros llegaron a Extremadura en 2006. Tabla 11.3.

En Extremadura, no puede hablarse de un perfil único del colectivo inmigrante sino que éste cambia en función de la comarca de destino, fenómeno que condiciona una problemática versátil.

Tabla 11.3 Estudio del colectivo inmigrante en función de su procedencia. Extremadura. 2007

Procedencia	Población	Porcentaje
Rumanía	4.331	14,80%
Resto de Europa	6.387	21,90%
Marruecos	9.256	31,70%
Resto de África	899	3,10%
América	7.534	25,80%
China	634	2,17%
Resto de Asia	160	0,50%
Oceanía y apátridas	9	0,03%
Total de extranjeros	29.210	100%

Fuente: INE. Padrón Municipal y Migraciones.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Con frecuencia se ha abusado del tópico de que los inmigrantes son fuente de diversas enfermedades importadas. No obstante, han sido muchos los trabajos y publicaciones que en los últimos años han confirmado que se trata esencialmente de poblaciones en buen estado de salud, apoyados además por el hecho de que “no emigra quien quiere, sino quien puede”. La población inmigrante es, por lo general, joven, fuerte y sana entre otras motivos porque el tipo de trabajo que se les ofrece así lo exige.

11.2.7 ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD

En Extremadura, el número de personas que tienen actualmente acreditado un grado de discapacidad igual o superior al 33% es de 79.822, de las cuales el mayor porcentaje (54%) lo representan las personas con grado reconocido de discapacidad entre el 33% y el 64% (42.845 personas); un porcentaje menor (25%) tienen un grado reconocido de discapacidad entre el 65% y el 74% (20.322 personas); y el resto (21%) son consideradas grandes discapacitados, afectadas por un grado de discapacidad igual o superior al 75% (16.655 personas), las cuales necesitan ayuda de otra persona para realizar tareas propias de la vida cotidiana, consideradas normales según su edad, sexo y sus factores sociales y culturales.

La mayor incidencia de discapacidad se produce en la población femenina (47.853 mujeres, frente a 31.969 hombres). En la distribución por edades, de 17 a 64 años hay un mayor número de hombres afectados (20.276 frente a las 17.063 mujeres), mientras que de 65 a 100 años son mayoría las mujeres afectadas (29.910 frente a los 10.405 hombres).

La integración social de las personas con discapacidad sigue siendo un objetivo a conseguir. Aún se encuentran estas personas con especiales dificultades para su plena integración, siendo las mismas, en algunos casos, resultado del propio entorno en el que viven.

CAPÍTULO

11.2.8 TRASTORNOS EN EL DESARROLLO DEL NIÑO

La Encuesta del INE es la más empleada en los diferentes trabajos sobre discapacidades y los datos recogidos en las distintas CCAA se han centralizado en la estadística nacional.

En la Tabla 11.4 se desglosan los datos del INE correspondientes a la prevalencia de niños con discapacidad entre 0 y 16 años por grupos de edad.

Tabla 11.4		Prevalencia en España de la discapacidad en niños de 0 a 16 años. 1999
Grupos de edad		Tasa por 1.000 habitantes de su edad
Menores de 6 años		22,44
Entre 6 y 9 años		18,89
Entre 10 y 16 años		16,12
Total de 0 a 16 años		18,69

Fuente: INE. Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Un gran espacio en el que los niños desarrollan su vida cotidiana es el ámbito escolar. En Extremadura, el 0,38% del alumnado no universitario matriculado en enseñanzas de régimen general, lo está en centros o unidades específicas de Educación Especial, porcentaje inferior al total de España, que se sitúa en el 0,40%, según datos del Ministerio de Educación y Ciencia, correspondientes al curso escolar 2006/2007.

Entre los resultados de la estadística de alumnado no universitario con necesidades educativas especiales correspondientes al curso escolar 2005-2006, se encuentran los datos de los niños que precisan una educación especial específica (638 alumnos) y de aquellos que se integran en centros ordinarios (4.304 alumnos, el 87,1% del alumnado con discapacidad). Tabla 11.5.

Tabla 11.5		Alumnado con necesidades educativas especiales en Extremadura. Educación en centros específicos y en centros ordinarios. Curso 2005/2006				
	Especial - específica*	Alumnado integrado en centros ordinarios				
		Infantil	Primaria	ESO	Bachillerato y FP	P. Garantía Social
Extremadura	638	398	2.290	1.483	12	121

* Alumnado de Educación Especial en centros específicos y en unidades específicas de centros ordinarios.
Fuente: Ministerio de Educación y Ciencia. Estadísticas de la Educación en España.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

La principal discapacidad del alumnado con necesidades educativas especiales en Extremadura es la psíquica (71,4% del total del alumnado con discapacidad), seguida de la plurideficiencia (12,8%), auditiva (5,6%), autismo y trastornos graves de personalidad (5,0%), motórica (3,9%) y visual (1,2%).

En Extremadura, los alumnos con necesidades educativas especiales con respecto al total de alumnos de enseñanzas no universitarias (educación infantil, educación primaria, ESO y educación especial), es del 3,1% del total, el 3,8% de los varones y el 2,4% de las mujeres (en España son el 2,2% del total, el 2,7% de varones y 1,7% de mujeres).

Por sexos, el mayor porcentaje de alumnado con necesidades educativas especiales corresponde a los varones (62,6% frente al 37,4% de mujeres).

La violencia, psicológica o física, puede aparecer entre niños y adolescentes como el medio más rápido y cómodo para conseguir lo que se proponen ya que la persuasión entraña dificultades y exige habilidades dialécticas que no abundan entre ellos y así, en un momento dado, los casos leves de vandalismo y violencia entrarían a formar parte del desarrollo de muchos niños y jóvenes.

La delincuencia juvenil es una forma de inadaptación social y la conducta ilícita del menor es un tipo de desviación que se engloba dentro del comportamiento asocial general.

Para intervenir en ese proceso de aprendizaje resulta esencial contar con un marco jurídico adecuado que ofrezca en las edades más tempranas respuestas esencialmente educativas.

Por último, no debe perderse de vista al niño con trastornos cognitivos del desarrollo, principalmente entre los 6 y los 12 años de edad, cuando empiezan sus aprendizajes escolares y se da un pico fundamental en su desarrollo cerebral y, por tanto, cognitivo. Este ámbito es tratado de un modo integral e interdisciplinar desde el CEDI. En el entorno sanitario se desarrolla en relación a una sección de esta compleja problemática el Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo (PIDEX).

Los cuidados centrados en el desarrollo y la atención temprana tienen como principal objetivo la detección precoz de cualquier trastorno del desarrollo del niño. El CEDI se encarga de promover la salud integral de niños y adolescentes con necesidades especiales de atención por problemas físicos, del desarrollo, conductuales, cognitivos, emocionales y/o del entorno o en situaciones de riesgo bio-psico-social.

11.2.9 MALTRATO INFANTIL

A pesar de las importantes mejoras referentes a la prevención, detección y tratamiento del niño maltratado que se han producido en España durante las dos últimas décadas, es necesario avanzar en la atención a la globalidad del problema e incrementar la sensibilidad de las instituciones y de la sociedad sobre el problema del maltrato infantil así como desarrollar los recursos necesarios para resolverlo.

CAPÍTULO

El concepto del maltrato infantil, que inicialmente se hizo en referencia al maltrato físico con un predominio de criterios médicos-clínicos y a la explotación laboral y trabajo de los niños, ha ido evolucionando hacia la situación actual en que las definiciones se basan en las necesidades y derechos de los niños.

El maltrato no es un hecho aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de múltiples factores: sociales, familiares, personales, etc., no siempre delimitados cuantitativa ni cualitativamente. Su clasificación sólo implica determinar el problema emergente o más relevante que afecta al niño, pero no debemos olvidar la existencia de una multicausalidad.

Los datos de los que disponemos sobre el maltrato infantil en España indican un incremento en el número de casos detectados y atendidos, presentando una magnitud del problema, al menos, preocupante. En Extremadura se aprecia durante los últimos años una estabilización, e incluso un ligero descenso en 2007, en el número total de casos notificados de maltrato infantil. Tabla 11.6:

Tabla 11.6 Número casos de maltrato infantil notificados. Clasificación según fuentes de notificación en situación de riesgo. Extremadura. 2004-2007

Fuentes de notificación	2004	2005	2006	2007
Servicios sociales de base	241	179	164	155
Teléfono del Menor	91	92	82	64
Ámbito judicial	113	139	152	161
Ámbito policial	40	19	39	43
Ámbito educativo	38	45	19	23
Ámbito sanitario	24	24	26	33
Fiscalía de menores	198	214	203	156
Familiares / vecinos	45	24	32	25
Otras CCAA			55	33
El propio menor	0	0	0	1
Otras fuentes	64	73	60	79
Total	854	809	832	773

Fuente: Consejería de Igualdad y Empleo. DG de Infancia y Familias.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

11.2.10 TRASTORNOS NEUROLÓGICOS QUE CURSAN CON DEPENDENCIA

En Extremadura se encuentran en funcionamiento una serie de estrategias (entre otras, el Plan Marco de Atención Sociosanitaria, el PÍDEX o el Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares), que incluyen acciones para la atención a los pacientes con alteraciones neurológicas que cursan no sólo con déficit clínicos, sino con dependencia. Así, el PÍDEX incorpora la atención a:

- Demencias degenerativas y vasculares. Se atiende a pacientes con deterioro cognitivo de características crónicas y progresivas en atención primaria, desde las Consultas de Deterioro Cognitivo y desde los recursos y servicios de atención a la dependencia.
- Daño cerebral sobrevenido (DCS). Los traumatismos craneoencefálicos (TCE), así como los accidentes cerebrovasculares (AVC) y otros daños cerebrales, dejan secuelas que pueden ser rehabilitadas parcial o totalmente. según la Encuesta sobre discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (INE), la tasa de personas con discapacidad debida a DCS por AVC es de 4,7/1.000 habitantes; y de 1,1/1.000 habitantes en el caso de la discapacidad debida a DCS por TCE.

En definitiva, muchas patologías neurológicas cursan con dependencia, por lo que es obligación de los sectores sanitarios y de atención a la dependencia (entre otros), el dar soporte a los mismos.

Dado el importante peso del Alzheimer en el deterioro crónico cognitivo, interesa conocer la situación epidemiológica actual de este proceso en Extremadura.

Los datos de mortalidad por Enfermedad de Alzheimer durante el año 2005 sitúa a ésta en la 15ª causa de defunción, con 211 muertes para ambos géneros, lo que representa el 2,02% de mortalidad porcentual en Extremadura. En mujeres es la 10ª causa de muerte (3,02% de mortalidad porcentual), y en varones desciende hasta la 25ª (1,13% de mortalidad porcentual). Tabla 11.7.

Tabla 11.7 Mortalidad por Enfermedad de Alzheimer. Extremadura y sus áreas de salud. 2005

	BA	ME	DB	LL	CC	PL	NV	CO	EX
Ambos géneros	52	24	45	19	29	21	9	12	211
Varones	16	10	12	4	6	5	6	4	63
Mujeres	36	14	33	15	23	16	3	8	148

Fuente: CSD. DG de Gestión del Conocimiento y Calidad. Mortalidad registrada en Extremadura 2005.
Elaboración: CSD. DG de Planificación, Ordenación y Coordinación.

11.2.11 DOLOR CRÓNICO Y DISCAPACIDAD

El dolor crónico se comporta como enfermedad en sí mismo, independientemente de la causa primera que lo originó. La presencia de dolor continuado repercute en todos los ámbitos de la vida de quien lo padece (personal, familiar, social, laboral).

Ante la aparición del dolor, la respuesta adaptativa más común es escapar de la fuente que lo produce. Esta respuesta, que puede ser útil en dolor agudo, suele carecer de valor en dolor crónico. Es más, suele convertirse en una respuesta desadaptativa que, sin quitar el dolor, produce una gran discapacidad en quien lo padece.

CAPÍTULO

El paciente con dolor crónico tiende a disminuir su actividad física, su actividad laboral, relaciones sociales y actividades de ocio. Pasado el tiempo, mantiene el mismo nivel de dolor y, sin embargo, ha perdido actividades, aumentado su discapacidad.

Por tanto, el abordaje del dolor crónico ha de ser integral, con especial atención a la discapacidad producida por el mismo, con el fin de recuperar la máxima capacidad del paciente.

11.3. RECURSOS SOCIALES

Dado que las necesidades de ayuda y atención que presentan los individuos englobados dentro del “perfil del usuario” definido en el presente Plan son de naturaleza socio-sanitaria, el abordaje del problema sólo se podrá hacer desde esta óptica de intervención.

11.3.1. RECURSOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS

Actualmente existe en Extremadura una red de recursos sociales destinados a cubrir esta demanda, siendo los servicios sociales de base, que se caracterizan por tener un ámbito circunscrito a un territorio, el primer nivel de atención del SSPE.

Así, Extremadura dispone de 80 Servicios Sociales de Base que cubren al 100% de la población y están distribuidos por toda la Comunidad Autónoma.

Atendiendo a las características de los servicios prestados, los recursos sociales ofertados a la población dependiente de 65 y más años pueden ser agrupados en:

- 1.- Servicios que permiten y mejoran la permanencia del anciano en su propio domicilio: servicio de ayuda a domicilio; teleasistencia; hogares de mayores, asociaciones de pensionistas; servicios de estancias diurnas; centros de día; programa de balneoterapia.
- 2.- Servicios que proporcionan alojamiento temporal o permanente a ancianos dependientes: residencias de mayores.
- 3.- Servicios intermedios, que proporcionan un alojamiento a ancianos dependientes similar a su modo de vida habitual: viviendas tuteladas.

11.3.2. RECURSOS SOCIALES ESPECÍFICOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

El Decreto 151/2006, de 31 de julio, que regula el Marco de Atención a la Discapacidad en Extremadura (MADEX), ha permitido la constitución de una red pública de atención a personas con discapacidad, con el establecimiento de un conjunto de Servicios de Atención Especializada, entre los que se encuentran: el Servicio de Atención

Temprana, dirigido a la población infantil de 0 a 6 años, así como a su familia y entorno; el Servicio de Habilitación Funcional, con tratamientos de fisioterapia, logopedia, psicomotricidad, psicológico y de terapia ocupacional; los Centros Ocupacionales, alternativos y/o previos a la actividad productiva; los Centros de Día, para la dispensación de atención integral a personas con discapacidad grave; las Residencias de Apoyo Extenso o Generalizado, de ayuda a la realización de las actividades de la vida diaria; las Residencias de Apoyo Intermitente o Limitado, para personas con dificultades para la integración familiar normalizada; y las Viviendas Tuteladas.

Además, existen una serie de programas y ayudas a personas con discapacidad: Programas que inciden en la Normalización de la Persona con Discapacidad; Programas de Apoyo a las Familias de Personas con Discapacidad para la atención, el cuidado y la ocupación del tiempo libre; y ayudas individuales para la rehabilitación (atención temprana y recuperación funcional), asistencia especializada (desenvolvimiento personal, asistencia institucionalizada), ayudas para la movilidad y comunicación (aumento de la capacidad de desplazamiento, adaptación funcional del hogar, facilitar el desenvolvimiento en el hogar), y ayudas para el transporte.

11.3.3. RECURSOS SOCIALES PARA CUIDADORES.

Es sobradamente conocido que la mayor parte de los cuidados que necesitan las personas dependientes son prestados por el sistema de apoyo informal, fundamentalmente las familias, hijas y esposas en su mayoría. La familia extremeña ha sido la que ha estado asumiendo la ingente tarea de hacer frente a la mayoría de las necesidades de cuidado de las personas mayores. Tabla 11.8.

Tabla 11.8 Principales cuidadores en ancianos muy dependientes. Extremadura. 1999

Tipología del hogar	Valor porcentual
Hija	45%
Cónyuge	21%
Servicios Sociales públicos	15%
Hijo	7%
Nuera	7%
Servicios privados	5%

Fuente: Encuesta ENAPM99. Consejería de Bienestar Social.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Coordinación y Ordenación.

El tiempo empleado por el cuidador en este tipo de tareas es oscilante, desde más de ocho horas en ancianos muy dependientes hasta intervalos de tiempo variables en el caso de las labores domésticas. Este hecho repercute de manera trascendente sobre la vida de los cuidadores, con una serie de consecuencias muy variadas y de enorme trascendencia. Así podríamos citar, entre otras:

CAPÍTULO

- Cansancio.
- Estrés.
- Reducción del tiempo de ocio.
- Falta de tiempo para cuidarse a sí mismos/as.
- Limitaciones para desempeñar el papel de cuidadores de su propia familia.
- Verse obligados a dejar de trabajar o reducir la jornada laboral.

Estas circunstancias nos obligan a plantear la necesidad de crear una red de recursos de apoyo a los cuidadores informales, que permita prevenir la aparición de dichas situaciones.

11.3.4. RECURSOS SOCIALES ESPECÍFICOS EN RELACIÓN CON LOS MALOS TRATOS.

a) Casas de la Mujer

Las Casas de la Mujer son espacios de orientación y de acogida para mujeres víctimas de violencia. Los datos aportados por el Instituto de la Mujer de Extremadura (IMEX) respecto al número de acogidas que han tenido lugar en los tres últimos años quedan recogidos en la Tabla 11.9.

Tabla 11.9 Mujeres y niños acogidos en las Casas de la Mujer: Extremadura. 2000-2007

		Badajoz	Cáceres	Extremadura
2000	Mujeres	45	48	93
	Niños	67	85	152
2001	Mujeres	46	43	89
	Niños	62	46	108
2002	Mujeres	50	42	92
	Niños	66	60	126
2003	Mujeres	58	47	105
	Niños	65	52	117
2004	Mujeres	30	51	81
	Niños	29	59	88
2005	Mujeres	31	45	76
	Niños	26	46	72
2006	Mujeres	32	42	74
	Niños	26	37	63
2007	Mujeres	29	28	57
	Niños	22	25	47

Fuente: Consejería de Igualdad y Empleo. Instituto de la Mujer de Extremadura. Malos tratos.
Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Coordinación y Ordenación.

b) Gabinetes de inserción sociolaboral

Estos gabinetes de inserción sociolaboral son un servicio de atención psicosocial para la mujer en situación de dificultad o exclusión social y laboral; como su propio nombre indica, tienen como objetivo la integración de estas mujeres en dicho ámbito.

c) Programas de igualdad de género en el empleo (PIGE)

Se realizan mediante convenios entre ayuntamientos y mancomunidades (integradas por municipios) con el IMEX. A través de ellos se desarrollan actuaciones de información, asesoramiento, prevención y sensibilización, con objeto de contribuir a eliminar cualquier tipo de discriminación hacia la mujer y hacer efectivo el derecho de igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres. Actualmente se llevan a cabo en un total de 11 ayuntamientos y 4 mancomunidades.

d) Asistencia psicológica a víctimas de violencia de género en situación de emergencia (Proyecto Pilar)

Desde 2006 se proporciona, mediante un convenio del Colegio Oficial de Psicología de Extremadura con el IMEX, atención psicológica especializada y gratuita a las víctimas de violencia de género en situación de emergencia, con el objetivo de paliar la sintomatología inmediata de la víctima en dicha situación.

e) Oficinas de atención psicológica a mujeres víctimas de la violencia de género

Existen un total de 5 oficinas en Extremadura, mediante convenios de los ayuntamientos con el IMEX. Tienen por objeto dotar a las mujeres que están o han estado inmersas en una relación de violencia en el ámbito familiar, de estrategias, instrumentos y técnicas que les permitan afrontar su situación, recuperarse emocionalmente, mejorar su autoestima y conseguir su independencia emocional, con objeto de facilitar su derecho a la asistencia social integral.

f) Oficinas de igualdad

Existen un total de 28 oficinas de igualdad en Extremadura, mediante convenios de las mancomunidades con el IMEX. Tienen por objeto proporcionar información, asesoramiento, prevención y sensibilización, para contribuir a eliminar cualquier tipo de discriminación hacia la mujer y hacer efectivo el derecho de igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres.

g) Oficinas de asistencia a víctimas dependientes del Ministerio de Justicia

Hay 4 en Extremadura, en los Juzgados de Badajoz, Mérida, Cáceres y Plasencia, que ofrecen asistencia psicológica especializada a víctimas de delitos violentos en general, y a las de violencia de género en particular. En ellas, además de un gestor dependiente del Ministerio de Justicia, hay una psicóloga que ayuda en la recuperación emocional de estas mujeres, a través de un convenio entre el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos de España con el Ministerio de Justicia.

CAPÍTULO

12. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

12.1 FORMACIÓN

Está ampliamente reconocido que la formación en todas sus etapas (grado, postgrado, especializada y continuada) es uno de los pilares básicos para lograr que los profesionales puedan responder a las necesidades actuales y futuras en el campo de la salud, la gestión y los servicios sanitarios.

12.1.1 FORMACIÓN UNIVERSITARIA

La formación universitaria según el nuevo sistema de titulaciones, tal y como se ha reafirmado en la comunicación de la Conferencia de Berlín, ha de basarse en dos niveles nítidamente diferenciados denominados, respectivamente, grado y postgrado. Y el conjunto de ambos niveles se estructura, a su vez, en tres ciclos.

El primer nivel o formación de grado comprende las enseñanzas universitarias de primer ciclo, y tiene como objetivo lograr la capacitación de los estudiantes para integrarse directamente en el ámbito laboral europeo con una cualificación profesional apropiada (RD 55/2005, de 21 de enero).

El segundo nivel o formación de postgrado integra el segundo ciclo de estudios (dedicado a la formación avanzada y conducente a la obtención del título de Máster) y el tercer ciclo (encaminado a la obtención del título de Doctor), que representa el nivel más elevado en la educación superior (RD 56/2005, de 21 de enero).

Durante el curso académico 2006/2007, el alumnado matriculado en la rama de la enseñanza de Ciencias de la Salud fue de 3.202, el 74,14% de ellos mujeres y el 25,86% varones.

Por estudios, el alumnado matriculado en medicina fue de 687 (476 mujeres y 211 hombres), en veterinaria 680 (403 mujeres y 277 hombres), en enfermería 1.183 (986 mujeres y 197 hombres), en fisioterapia 221 (154 mujeres y 67 hombres), en podología 200 (146 mujeres y 54 hombres), y en terapia ocupacional 231 (209 mujeres y 22 hombres).

Durante el periodo de vigencia del PSE 2005-2008, se ha incrementado en 25 plazas la oferta en la Licenciatura de Medicina dentro de la oferta de formación universitaria, manteniéndose estable en el resto de titulaciones en Ciencias de la Salud de la CAE. Tabla 12.1.

Tabla 12.1

Oferta de plazas de titulaciones universitarias en Ciencias de la Salud. Extremadura. Año académico 2007/2008

TITULACIÓN	Nº de plazas
Medicina	130
Veterinaria	100
Enfermería (total)	330
Enfermería Badajoz UEX	40
Enfermería Cáceres UEX	95
Enfermería Plasencia UEX	100
Enfermería Mérida UEX	55
Enfermería Badajoz SES	40
Fisioterapia	65
Podología	65
Terapia Ocupacional	65

Fuente: Universidad de Extremadura.

Elaboración: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad.

En cuanto a la formación de postgrado, la CSD, a través de la Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad, consciente de la necesidad de la capacitación de profesionales en determinadas áreas del conocimiento que son estratégicas en su ámbito de competencias, tiene establecido un convenio con la Universidad de Extremadura para la realización de diversas actividades de este tipo de formación:

- Títulos oficiales:
 - Máster de Gestión del Conocimiento Biomédico e Investigación Clínica.
 - Máster en Ciencia y Tecnología de la Carne.
 - Máster de Atención Sociosanitaria a Pacientes con Dependencias.
- Títulos propios:
 - Máster Universitario en Dirección de Organizaciones Socio-Sanitarias.
 - Experto Universitario en Educación Terapéutica en personas con diabetes.
 - Especialista Universitario en Investigación en Cuidados.

12.1.2 FORMACIÓN ESPECIALIZADA

La formación especializada en Ciencias de la Salud es una formación reglada y de carácter oficial. Tiene como objetivo dotar a los profesionales de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propias de la especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción por el interesado de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma.

Durante el año académico 2007-2008 se acreditaron en Extremadura un total de 160 plazas de formación especializada en Ciencias de la Salud, lo que supuso un incremento de 20 plazas con respecto a las acreditadas en el año académico 2004-2005. Tabla 12.2.

CAPÍTULO

Tabla 12.2 Formación especializada en Ciencias de la Salud. Extremadura. Año académico 2007/2008

ESPECIALIDAD	PLAZAS	ESPECIALIDAD	PLAZAS
Alergología	2	Medicina Intensiva	3
Análisis Clínicos	3	Medicina Interna	7
Anatomía Patológica	1	Microbiología y Parasitología	1
Anestesiología y Reanimación	6	Nefrología	3
Aparato Digestivo	2	Neumología	2
Cardiología	3	Neurocirugía	1
Cirugía General y del Aparato Digestivo	4	Neurofisiología Clínica	1
Cirugía Oral y Maxilofacial	1	Neurología	2
Cirugía Ortopédica y Traumatológica	5	Obstetricia y Ginecología	4
Cirugía Plástica Estética y Reparadora	1	Oftalmología	3
Cirugía Pediátrica	1	Oncología Médica	1
Enfermería Gineco-Obstétrica (Matronas)	11	Oncología Radioterápica	1
Endocrinología y Nutrición	1	Otorrinolaringología	3
Farmacia Hospitalaria	1	Pediatría y Áreas Específicas	7
Geriatría	2	Psicología Clínica	1
Hematología y Hemoterapia	1	Psiquiatría	1
Medicina Familiar y Comunitaria	69	Radiodiagnóstico	3
Medicina Física y Rehabilitación	1	Urología	1
Nº total de plazas		160	

Fuente: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad.

Elaboración: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad.

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, con 69, es la que acredita un mayor número de plazas, seguida a gran distancia por Enfermería Gineco-Obstétrica (Matronas) con 11, y por Medicina Interna y Pediatría, ambas con 7 plazas.

Los médicos, farmacéuticos, biólogos, químicos y enfermeros residentes, reciben formación a lo largo de la residencia a través del Programa Común Complementario para Residentes de las distintas Comisiones de Docencia y los Programas de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de la CAE. Este Programa tiene como objetivo completar la formación que el residente recibe en su unidad docente, con unos contenidos comunes y transversales, imprescindibles para una formación integral.

12.1.3 FORMACIÓN CONTINUADA

La formación continuada es el conjunto de actividades formativas destinadas a mantener o mejorar la competencia profesional (conocimientos, habilidades y aptitudes), una vez obtenida la titulación básica o la especialidad correspondiente. Al no constituir una retitulación no puede considerarse obligatoria, sino de carácter voluntario. No está configurada como una formación reglada, lo que posibilita que cualquier agente público o privado pueda establecer este sistema de formación.

La Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud (EECS), en coordinación con los Responsables de Formación de las ocho áreas de salud, y en un intento de dar respuesta a las necesidades formativas de nuestros profesionales, elabora anualmente un Plan de Formación, donde se recogen las áreas de competencias que engloban las actividades docentes consideradas prioritarias para complementar la formación continuada de los profesionales del Sistema Sanitario. Este Plan recoge a su vez el Plan de Formación de Ciencias de la Salud, que va dirigido a todos los profesionales de Ciencias de la Salud de la Comunidad y el Plan de Formación del SES, que va dirigido exclusivamente a los trabajadores de ese Servicio.

Durante el periodo de vigencia del PSE 2005-2008, se ha consolidado la oferta formativa en las actividades organizadas por la EECS y los Responsables de Formación de las ocho gerencias de área de salud del SES. Tabla 12.3.

Tabla 12.3

Nº de actividades formativas, alumnos y horas lectivas del Plan de Formación en Ciencias de la Salud de la CSD. Extremadura. 2005-2007

	2005	2006	2007
Actividades formativas	257	401	383
Alumnos	5.124	8.023	7.872
Horas lectivas	6.551	7.600,50	6.569,50

Fuente: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad. EECS.
Elaboración: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad.

De igual forma, el Centro Extremeño de Formación Deportiva de la Consejería de los Jóvenes y del Deporte, oferta cada año un Plan Anual de Formación Deportiva en desarrollo de sus funciones y competencias legal y reglamentariamente atribuidas. Dentro de este Plan formativo, que se encuentra dividido en diferentes áreas del conocimiento, destaca el área de la salud, donde anualmente se vienen ofertando diversas acciones formativas que relacionan el mundo del deporte y de la actividad física con el de la salud.

12.1.4 ESTANCIAS FORMATIVAS

Desde el año 2005 se convocan ayudas económicas para la financiación de actividades formativas de profesionales sanitarios. Estas actividades están destinadas a la adquisición de una adecuada cualificación y competencia que redunde en una mejora de la asistencia sanitaria y de las líneas de investigación.

El número de estancias formativas concedidas durante el período de vigencia del PSE 2005-2008 ha experimentado un incremento paulatino, tanto en el número de solicitudes como en el número de ayudas concedidas. Tabla 12.4.

CAPÍTULO

Tabla 12.4 N° de estancias formativas. Extremadura. 2005-2007

	2005	2006	2007
Estancias formativas solicitadas	55	79	86
Estancias formativas concedidas	53	62	79

Fuente: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad. EECS.
Elaboración: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad.

12.1.5 ACREDITACIÓN DE LA FORMACIÓN CONTINUADA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS DE EXTREMADURA

Consciente de la importancia que la formación continuada tiene en el ámbito de las Ciencias de la Salud, se estableció un sistema de Acreditación de Actividades de Formación Continuada, para mejorar la calidad de la formación ofertada.

La Comisión de Formación Continuada (CFC) de Extremadura se crea mediante Resolución de 22 de diciembre, publicada en el BOE nº 38 de 13 de febrero de 1998. Posteriormente, por Orden de 28 de enero de 1999, se crea la Comisión de Formación Continuada de Extremadura, actualizándose con la Orden de 22 de enero de 2008, cuyas funciones entre otras son: detección, análisis, estudio y valoración de las necesidades formativas de los profesionales; establecimiento de programas o desarrollo de actividades y actuaciones en formación continuada; adopción de las medidas que se estimen precisas para planificar, armonizar y coordinar la actuación de los agentes que actúan en el ámbito de la formación continuada; acreditación de las actividades y programas de actuación en materia de formación continuada; acreditación de profesionales en un área funcional específica de una profesión o especialidad; designación de los evaluadores de formación continuada.

Durante los años de vigencia del PSE 2005-2008 se observa un incremento de las actividades acreditadas por la CFC de Extremadura. Tabla 12.5.

Tabla 12.5 N° de actividades acreditadas por la CFC. Extremadura. 2005-2007

	2005	2006	2007
Actividades acreditadas	95	415	312
Créditos concedidos	282,4	1.427,8	927,4

Fuente: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad
Elaboración: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad

12.2 INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO

La creación de una estructura flexible, que permita una gestión adecuada de la investigación y la innovación en Extremadura, es una realidad con la presencia de la Fundación FundeSalud, que está al servicio de la comunidad científica en las Ciencias de la Salud y, aunque con las dificultades iniciales lógicas, hoy permite que profesionales accedan a proyectos de investigación de importancia internacional y a unos servicios de apoyo demandados. No hay que olvidar el papel que han tenido y tienen en la actualidad las Unidades de Investigación en algunas de las áreas de salud que permiten un acercamiento de la investigación a los profesionales de las Ciencias de la Salud.

La contribución de la Consejería de Economía, Comercio e Innovación ha hecho que en el III Plan Regional de Investigación de Extremadura, las líneas de trabajo en Ciencias de la Salud estén bien dimensionadas.

La Universidad de Extremadura, a través del Vicerrectorado de Investigación, Innovación e Infraestructura Científica, ha permitido poner en marcha un Plan de Fomento de la Investigación.

Además, queda camino por avanzar en la transferencia de los resultados de la investigación y de la innovación a la práctica de nuestro Sistema Sanitario, donde el mismo encontrará su mayor nivel de calidad. La colaboración en forma de alianza con empresas dentro del Código de Buenas Prácticas que inspira todo lo relativo a nuestra relación con ellas, es el paso clave para generar los mecanismos de transferencias adecuadas al ámbito de la Salud.

La CSD publica anualmente una Orden por la que se convocan ayudas económicas para la realización de proyectos de investigación sociosanitaria. El número de proyectos de investigación subvencionados ha disminuido en 2007 con respecto al año anterior, a pesar del incremento de la partida presupuestaria destinada a estas ayudas. Tabla 12.6.

Tabla 12.6 N° de proyectos de investigación subvencionados. Extremadura. 2005-2007

	2005	2006	2007
Proyectos solicitados	85	78	66
Proyectos subvencionados	29	30	26

Fuente: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad.
Elaboración: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad.

CAPÍTULO

12.3 DOCUMENTACIÓN CIENTÍFICA

En Extremadura, tanto la Unidad de Biblioteca y Documentación (UBD) de la EECS como la Red de Bibliotecas del SSPE, se encargan de realizar préstamos de material y búsquedas bibliográficas, así como solicitudes de artículos científicos. Concretamente, la UBD de la EECS posee dos líneas de actuación fundamentales:

1. Gestión de la Biblioteca de la EECS: en este marco desarrolla las siguientes actividades: adquisición y gestión administrativa del material bibliográfico de la Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad; adquisición, registro, catalogación y préstamo del material bibliográfico de la EECS; desarrollo de búsquedas bibliográficas como apoyo a las actividades formativas de la EECS; y gestión del préstamo interbibliotecario, apoyado por las herramientas del C17 (Grupo de 530 bibliotecas sanitarias españolas que comparten artículos científicos de 16.248 revistas). El número de artículos solicitados a la EECS se observa en la Tabla 12.7.

Tabla 12.7 N° de artículos solicitados. EECS. Extremadura. 2007

Artículos solicitados por usuarios	1.126
Artículos solicitados por otras bibliotecas	1.247

Fuente: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad. EECS.
Elaboración: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad.

2. Coordinación de la Red de Bibliotecas del SSPE: entre las acciones que desarrolla están: gestión administrativa, adquisición, implementación de accesos y comunicación de todos los recursos electrónicos que la Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad contrata anualmente para todo el SSPE; secretaría de la Comisión Asesora de Bibliotecas de Ciencias de la Salud (DOE n° 28/2005); actualización y mantenimiento de la web de la Red de Bibliotecas del SSPE <http://e2salud.junta.extremadura.net/bibliotecas>; representación en el Grupo de Bibliotecas Virtuales Autonómicas de Ciencias de la Salud a escala nacional. Actualmente el fondo de la Biblioteca Virtual en Extremadura dispone de 2.306 revistas y 12 libros electrónicos. Tabla 12.8.

Tabla 12.8 Fondos de la Biblioteca Virtual. Extremadura. 2008

Revistas adquiridas	1.255
Revistas gratuitas	1.051
Total de revistas	2.306
Libros electrónicos	12
Búsquedas bibliográficas	69

Fuente: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad. EECS.
Elaboración: CSD. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad.

A large, stylized graphic in shades of gold and brown. It features a central, thick, wavy shape that resembles a ribbon or a stylized letter 'S'. Overlapping this central shape are two diamond-shaped elements. The upper-left diamond contains a white letter 'P', and the lower-right diamond contains a white letter 'E'. The overall design is modern and abstract.

CAPÍTULO IV
Ejes Estratégicos
y Áreas de Intervención

2009-2012

I EJE ESTRATÉGICO: LOS PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES Y EMERGENTES EN EXTREMADURA

CAPÍTULO

El primer eje que presenta el Plan de Salud, definido como el de LOS PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES Y EMERGENTES EN EXTREMADURA, se caracteriza por expresar un conjunto de objetivos y líneas de actuación dirigidas hacia el abordaje integral de enfermedades y problemas de salud con una elevada importancia sociosanitaria.

En este eje, se han priorizado las siguientes Áreas de Intervención:

1. Enfermedades cardiovasculares
2. Cáncer
3. Salud mental
4. Drogodependencias y otras conductas adictivas
5. Accidentes y violencias
6. Enfermedades respiratorias crónicas
7. Enfermedades endocrinometabólicas
8. Enfermedades infecciosas
9. Enfermedades raras
10. Zoonosis

Estas Áreas, lo caracterizan como el eje sobre el que el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* sitúa los problemas de salud prioritarios, hacia los que el Sistema Sanitario Público de Extremadura deberá dirigir de una forma especial sus esfuerzos durante el periodo 2009-2012.

En síntesis, se trata de mejorar la salud de la población extremeña a través de reducir la morbimortalidad producida por las enfermedades y problemas de salud más frecuentes, y con mayor repercusión social y sanitaria en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Junto al reto de rebajar aún más los índices de mortalidad y morbilidad por este grupo de problemas, en este eje se centran los esfuerzos para mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes crónicos.

Todo ello hace necesario un abordaje integral de estas patologías, que incluya los distintos aspectos que se precisan para su adecuada atención (prevención, diagnóstico, asistencia, etc.).

CAPÍTULO

II EJE ESTRATÉGICO: PROTECCIÓN Y MEJORA DEL ESTADO DE SALUD DE TODOS

El eje estratégico enunciado como el de la PROTECCIÓN Y MEJORA DEL ESTADO DE SALUD DE TODOS, segundo eje estratégico del Plan de Salud, se caracteriza por expresar un conjunto de estrategias clave, no sólo del Sistema Sanitario Público de Extremadura, sino de otras instituciones intracomunitarias, caracterizadas por actuar sobre la comunidad y su entorno, desde perspectivas que suponen proteger la salud global de la sociedad, dotar a ésta de fortalezas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y vigilar el estado de salud de determinados grupos de población.

En este eje, con un claro aspecto de actuación transversal, se han definido las siguientes Áreas de Intervención:

11. Promoción de la salud. Educación para la salud
12. Seguridad alimentaria y consumo saludable
13. Salud ambiental
14. Seguimiento y control del estado de salud
 - a. La salud infantil y del adolescente
 - b. La salud de la mujer
 - c. La salud del adulto
 - d. La salud de los mayores
15. Salud laboral

Estas Áreas lo caracterizan como el eje de la protección y promoción de la salud. Se trata de mejorarla, a través de una mayor equidad en salud, disminuyendo las desigualdades, promoviendo la salud o reduciendo los riesgos, con actuaciones específicas sobre el medio laboral, el medio ambiente, la seguridad alimentaria y el control de la salud de la población.

Especial relevancia se otorga a la promoción de los estilos de vida saludables, eliminando aquellos hábitos perjudiciales para la salud, mejorando el entorno social y ciudadano, e impulsando estrategias de educación para la salud.

El *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* considera necesario continuar mejorando el medio ambiente mediante la vigilancia de la contaminación atmosférica, la mejora de la calidad de las aguas o el control de los residuos. Otorga especial relevancia a la materialización de las actividades contempladas en la planificación estratégica de la Comunidad Autónoma de Extremadura en relación con la seguridad alimentaria, la salud laboral, y la mejora del estado de salud del niño, del adolescente, de la mujer, del adulto y de los mayores.

III EJE ESTRATÉGICO: LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA

CAPÍTULO

LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA, constituye el tercer eje estratégico del *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, caracterizado por expresar un conjunto de estrategias clave del Sistema Sanitario Público de Extremadura, encaminadas a conseguir una organización dirigida hacia la satisfacción de los usuarios y ciudadanos en general, que sea capaz de generar salud para todos, que esté orientada a la calidad de sus centros, servicios y prestaciones, y que avance en la mejora continua de la gestión de los procesos de atención sanitaria.

En este eje se han definido las siguientes Áreas de Intervención:

16. Organización sanitaria. Modelo integrado de salud
17. Sistema de información sanitaria
18. Gestión del conocimiento

Su contenido lo caracteriza como el eje del cambio por la calidad, planteando objetivos y líneas de actuación que inciden en el modelo integrado de salud recogido en la Ley de Salud de Extremadura, la organización descentralizada en las gerencias únicas de área de salud, la mejora de los subsistemas de información y comunicación sanitarias, las competencias profesionales, la investigación, la mejora de los inmuebles o la incorporación de los avances tecnológicos.

Se propugna estimular la comunicación y coordinación entre atención primaria, atención especializada y salud pública, y el impulso de la gestión de los procesos de atención sanitaria, como requisitos clave para mejorar la continuidad asistencial. De igual manera, se renueva el compromiso del Sistema Sanitario Público de Extremadura por mejorar la coordinación entre los recursos sanitarios y sociales y por cooperar en la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas con problemas de dependencia.

El PSE 2009-2012 plantea la generalización de un modelo de calidad total que incida en todas las estructuras del Sistema Sanitario Público de Extremadura. El mismo implicará el desarrollo de estrategias relacionadas con la mejora de la efectividad y la resolución, la mejora de los procesos y tecnología de la información sanitaria, la mejora de la participación y el desarrollo profesional o la promoción de la participación comunitaria en salud.

A large, stylized graphic in shades of gold and brown. It features a central, thick, wavy line that curves from the bottom left towards the top right. Overlapping this line are two diamond-shaped elements. The upper-left diamond contains a white letter 'P' on a gold background. The lower-right diamond contains a white letter 'E' on a gold background. The overall composition is dynamic and modern.

CAPÍTULO V
Objetivos y Líneas de Actuación

2009-2012

CAPÍTULO V

Objetivos y Líneas de Actuación

I EJE ESTRATÉGICO:
**Los problemas de salud prevalentes
y emergentes en Extremadura**

- 1. Enfermedades cardiovasculares**
- 2. Cáncer**
- 3. Salud mental**
- 4. Drogodependencias y otras conductas adictivas.**
- 5. Accidentes y violencias**
- 6. Enfermedades respiratorias crónicas**
- 7. Enfermedades endocrinometabólicas**
- 8. Enfermedades infecciosas**
- 9. Enfermedades raras**
- 10. Zoonosis**

2009-2012

I. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

V CAPÍTULO

Las enfermedades cardiovasculares son aquellas patologías que afectan al corazón y/o al sistema vascular de nuestro cuerpo. Aunque existe una gran diversidad, las más importantes se suelen asociar con hábitos insanos (mala alimentación, sedentarismo, etc.) y con factores de riesgo cardiovascular modificables (consumo de tabaco, hipertensión arterial, diabetes, colesterol elevado en sangre, exceso de peso, etc.).

Suelen ser enfermedades que evolucionan lentamente, sin producir síntomas importantes durante un largo periodo de tiempo. Pero una vez desarrolladas, con frecuencia se presentan súbitamente y con síntomas graves (infarto agudo de miocardio, ictus, etc.), constituyendo una emergencia sanitaria que puede llegar a ser mortal a pesar de una adecuada asistencia.

Además, estas patologías presentan una cara más oculta pero no menos importante: se trata de enfermedades crónicas y, en muchas ocasiones, incapacitantes.

En la actualidad, las enfermedades cardiovasculares siguen constituyendo uno de los principales problemas de salud para el conjunto de la población extremeña, debido a la elevada carga de enfermedad y muerte que ocasionan:

a) Una elevada mortalidad cardiovascular:

Constituyen la primera causa de muerte en Extremadura, ocasionando una de cada tres defunciones, aunque en los últimos años la mortalidad cardiovascular disminuye ligeramente, pasando de 3.726 muertes en 2002 a 3.425 en 2006 (INE).

Por sexos la mortalidad es mayor en mujeres (1.881 defunciones en 2006, siendo de largo su primera causa de muerte), que en varones (1.544 defunciones, en los que representa la segunda causa de muerte tras el cáncer).

En conjunto, la cardiopatía isquémica, el ictus y la insuficiencia cardiaca causan tres de cada cuatro defunciones de origen cardiovascular.

Suponen la segunda causa, tras el cáncer, de años potenciales de vida perdidos, aunque las cifras tienden a disminuir ligeramente. Por sexos la pérdida es mayor en varones, en los que las defunciones se producen de media con varios años de antelación respecto a las mujeres.

CAPÍTULO V

b) Un importante origen de enfermedad (morbilidad cardiovascular) y de discapacidad:

La morbilidad cardiovascular aumenta progresivamente desde hace años, tendencia facilitada por el envejecimiento de la población extremeña y por la mejor accesibilidad al sistema sanitario.

Las enfermedades cardiovasculares y sus principales factores de riesgo constituyen un motivo de consulta fundamental en atención primaria.

Son la primera causa de ingreso hospitalario para el conjunto de la población extremeña (con 15.611 altas hospitalarias durante 2006), cursando con estancias prolongadas (8 días de media).

Por sexos constituyen la primera causa de hospitalización en varones (con 8.586 altas hospitalarias en 2006), y la segunda en mujeres (7.026 altas) tras las complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

Entre ellas destacan: el ictus, la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardiaca, la enfermedad vascular periférica y la enfermedad renal crónica causada por hipertensión arterial o diabetes.

Las patologías cardiovasculares también son una de las principales causas de discapacidad y disminución de la calidad de vida entre los ciudadanos extremeños.

c) Un elevado impacto socioeconómico:

Debido a sus importantes repercusiones sociosanitarias y al ingente consumo de recursos que generan.

d) Son enfermedades prevenibles y tratables:

Se estima que tres de cada cuatro enfermedades cardiovasculares se pueden prevenir si adoptamos hábitos de vida saludables y evitamos o controlamos sus principales factores de riesgo. En este sentido, se considera a las intervenciones poblacionales (promoción de hábitos saludables y fomento de las medidas preventivas) como las medidas más coste-efectivas para reducir la carga de enfermedad y muerte asociada a estas patologías.

Pero si a pesar de todo el paciente desarrolla una enfermedad cardiovascular, en la actualidad existen intervenciones asistenciales efectivas para luchar contra ellas.

La gran trascendencia de las patologías cardiovasculares se puso de manifiesto en el anterior *Plan de Salud de Extremadura 2005-2008*, que priorizó la enfermedad y puesta en funcionamiento del Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura 2007-2011 (PIEC) con el objetivo de disminuir la incidencia y la carga de enfermedad y muerte asociada a estas patologías.

El PIEC desarrolla el proceso de atención de las enfermedades cardiovasculares más relevantes basándose en su trascendencia socio sanitaria:

1. **Cardiopatía isquémica:** es una de las principales patologías cardiovasculares, tanto por su alta morbimortalidad (1.100 muertes y 4.173 altas hospitalarias en 2006, según datos del INE), como por sus importantes repercusiones socio sanitarias al constituir una de las principales fuentes de discapacidad.
2. **Ictus (enfermedad cerebrovascular):** al igual que ocurre con la cardiopatía isquémica, su gran trascendencia se basa tanto en su elevada morbimortalidad (926 muertes y 3.032 altas hospitalarias durante 2006) como en sus repercusiones sanitarias y socioeconómicas, ya que es un importante origen de discapacidad y ocasiona una gran demanda de cuidados.
3. **Insuficiencia cardíaca:** tercera causa de morbimortalidad cardiovascular (con 553 muertes y 2.507 altas hospitalarias en 2006); su prevalencia tiende a crecer debido al envejecimiento de la población y a la mayor esperanza de vida de las patologías que contribuyen a su aparición (cardiopatía isquémica, hipertensión arterial).
4. **Arteriopatía periférica:** dentro de ella, el PIEC prioriza las siguientes variantes clínicas: síndrome de isquemia aguda y de isquemia crónica (principalmente de las extremidades), estenosis carotídea extracraneal y aneurisma aórtico abdominal.

Todas ellas son condicionadas, en mayor o menor medida, por un proceso aterosclerótico cuyo desarrollo se ve muy favorecido por una serie de factores de riesgo que con frecuencia aparecen asociados, multiplicando las posibilidades de padecer una enfermedad cardiovascular. Entre ellos destacan:

- a) **Consumo de tabaco:** primera causa aislada de mortalidad prematura y evitable; a pesar de las medidas puestas en marcha aún afecta a un porcentaje muy elevado de extremeños.
- b) **Hipercolesterolemia:** es uno de los principales factores de riesgo, muy prevalente entre la población adulta y en el que es posible mejorar su diagnóstico y su control.

CAPÍTULO V

- c) Hipertensión arterial: se considera igualmente un importante factor de riesgo (sobre todo de ictus, insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica), frecuente en adultos y en el que también su diagnóstico y control pueden ser optimizados.
- d) Exceso de peso: se asocia a la falta de ejercicio físico (sedentarismo) y a la mala alimentación (por el progresivo abandono de la dieta mediterránea sin exceso de calorías). Es frecuente entre los adultos extremeños, pero preocupa especialmente el incremento producido entre niños y jóvenes durante los últimos años.
- e) Diabetes: su prevalencia está aumentando durante los últimos años, asociada al incremento de la obesidad; al igual que ocurre con otros factores de riesgo, también en la diabetes es posible mejorar su diagnóstico y su control.
- f) Síndrome metabólico: se caracteriza por una combinación de factores que aumentan el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular.

Tomando en cuenta la evidencia científica, su elevada frecuencia entre la población y su trascendencia sociosanitaria, se estima necesario priorizar la enfermedad renal crónica en los dos aspectos en los que se relaciona directamente con las enfermedades cardiovasculares, considerando: 1. A la enfermedad renal crónica, sea de la causa que sea, como uno de los principales factores de riesgo cardiovascular. Todos los pacientes diagnosticados de enfermedad renal crónica deben considerarse de alto riesgo cardiovascular. 2. La inclusión de la enfermedad renal crónica causada por hipertensión arterial o diabetes, como una de las principales patologías cardiovasculares.

En el siglo XXI, investigar es sinónimo de bienestar, desarrollo y progreso, sobre todo cuando se trata de investigación biomédica, donde el conocimiento que se genera se traduce en una mejora sustancial en la salud y calidad de vida de los ciudadanos. El enorme impacto que las enfermedades cardiovasculares tienen en nuestra sociedad, exige apostar fuerte por la investigación con modelos de investigación traslacional, de doble dirección, que permitan la aplicación de los conocimientos básicos al diagnóstico, tratamiento, pronóstico y/o prevención de las enfermedades cardiovasculares, y contribuir a responder a los interrogantes que en la práctica diaria surgen a la cabecera del enfermo. En este ámbito se ha comprobado que las enfermedades cardiovasculares no afectan exactamente de la misma forma a mujeres y varones. Distintos estudios han puesto de manifiesto estas diferencias que, en ocasiones, pueden repercutir sobre la morbimortalidad de estas patologías.

En definitiva, la reducción de la carga de enfermedad y muerte asociada a las patologías cardiovasculares, así como la mejora de la calidad de vida de los afectados por ellas, son objetivos factibles aunque no por ello sencillos de conseguir.

Administración, profesionales sanitarios, comunidad educativa y agentes sociales, deben implicarse y trabajar juntos para mejorar la salud pública y promocionar estilos de vida saludables, desarrollando recursos y actuaciones profesionales y educativas que contribuyan a mejorar la prevención y la asistencia a estas enfermedades, adecuando al tiempo la oferta de servicios a las necesidades de la población, al desarrollo científico y tecnológico, y a lo que es sanitariamente recomendable y económicamente viable para el Sistema Sanitario Público de Extremadura.

En este sentido, el 1 de enero de 2007 tuvo lugar la entrada en vigor del Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura 2007-2011, que sienta las bases para desarrollar un abordaje integral y de calidad sobre las patologías cardiovasculares más relevantes, con el objetivo de reducir la incidencia y la morbilidad asociada a estas patologías.

Desde el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* se promueve el desarrollo y la continuidad del PIEC, implementando los objetivos y las líneas de actuación priorizados en él.

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

OBJETIVO 1.- Desarrollar y dar continuidad al Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares 2007-2011 (PIEC), con el objetivo general de reducir la incidencia y la morbilidad asociada a estas patologías en Extremadura.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

1.1. Desarrollo progresivo de los objetivos y las líneas de actuación priorizados en el PIEC.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Servicio Extremeño de Salud

Evaluación: Seguimiento y evaluación final de los objetivos y líneas de actuación del PIEC

1.2. Continuidad del PIEC una vez que finalice su actual periodo de vigencia.

Responsable: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD

Evaluación: Elaboración de una nueva versión del PIEC tras la finalización de su periodo de vigencia

CAPÍTULO V

I.3. Impulso a la actividad del Consejo Asesor sobre Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura.

Responsable: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD

Evaluación: Actividades del Consejo Asesor sobre Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura

I.4. Priorización de la enfermedad renal crónica en su doble relación con la patología cardiovascular, considerando:

- A la enfermedad renal crónica, sea de la causa que sea, como uno de los factores de riesgo priorizados por el PIEC.
- La inclusión de la enfermedad renal crónica secundaria a hipertensión arterial o diabetes, entre las patologías cardiovasculares priorizadas por el PIEC.

Responsable: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD

Evaluación: Priorización de la enfermedad renal crónica en el PIEC

I.5. Desarrollo de la formación y la investigación sobre las principales enfermedades cardiovasculares a través de un plan que especifique las líneas prioritarias en este ámbito. Promoción de la actividad de los investigadores extremeños en líneas comunes de investigación y estudios multicéntricos. Conocimiento de las líneas de investigación que se desarrollan en Extremadura a todos los niveles (trabajos epidemiológicos, ensayos clínicos, tesis doctorales, etc.), así como de sus resultados (publicaciones en revistas, presentaciones en congresos, etc.).

Responsables: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
FUNDESALUD

Servicio Extremeño de Salud

Evaluación: Acciones llevadas a cabo para desarrollar la formación y la investigación sobre las principales enfermedades cardiovasculares, promocionar las líneas comunes de investigación y los estudios multicéntricos, y conocer las líneas de investigación que se realizan en Extremadura

I.6. Promoción del conocimiento y la corrección de aquellos factores asociados al sexo que repercutan sobre la morbilidad de las enfermedades cardiovasculares.

Responsables: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
FUNDESALUD

Servicio Extremeño de Salud

Evaluación: Actividades realizadas para conocer y/o corregir los factores asociados al sexo que repercutan sobre la morbilidad de las enfermedades cardiovasculares

2. CÁNCER

CAPÍTULO

Bajo la denominación de cáncer se engloba una serie de enfermedades con una característica común como es el que cualquier célula del cuerpo se vuelve anormal (atípica), comienza a crecer y se multiplica de forma rápida y desorganizada, dando como resultado la aparición del llamado tumor maligno o cáncer. Estas células, pueden aparecer en cualquier área del organismo y afectar a zonas adyacentes, e invadir, a través de la sangre o la linfa, otros órganos o tejidos, originando las metástasis.

El envejecimiento de la población, el incremento de la incidencia de muchos tumores malignos, los cambios en el estilo de vida y la mejora de la supervivencia debido a los avances diagnósticos y terapéuticos, han supuesto un aumento significativo del número de pacientes con cáncer, situación que marca la creciente importancia de este grupo de enfermedades como problema de salud pública en la CAE y en el resto del país.

En Extremadura, durante los años 2003-2005, la tasa estimada de incidencia anual de cáncer fue de 450,27 casos por cien mil hombres y de 257,24 casos por cien mil mujeres. La edad media al diagnóstico fue de 66,89 y 64,83 años en hombres y mujeres respectivamente. Las localizaciones tumorales más frecuentes fueron, en hombres: piel (no melanoma), bronquios y pulmón, próstata, vejiga, colon, y estómago; y en mujeres: piel (no melanoma), mama, colon, sistemas hematopoyético y reticuloendotelial, cuerpo del útero y estómago.

En términos de mortalidad, el cáncer representa en Extremadura la segunda causa de muerte globalmente. Según género, supone la primera causa de muerte entre los varones y la segunda entre las mujeres. Es la primera causa de años potenciales de vida perdidos tanto en varones como en mujeres.

La importancia del cáncer también viene determinada por otros factores. Se trata de una enfermedad grave y compleja, que afecta a todas las esferas de la vida de una persona. Determina una ruptura de la organización, el ritmo y el estilo de vida y conlleva un impacto emocional y psicológico, además de producir una serie de alteraciones físicas, sociolaborales y económicas que de una u otra forma alteran la calidad de vida de los pacientes, su entorno familiar y social. Además en cierto grado, afectan a los profesionales que le atienden, tanto en el momento del diagnóstico como a lo largo de todo el proceso.

El anterior *Plan de Salud de Extremadura 2005-2008* priorizó la elaboración y puesta en marcha del Plan Integral contra el Cáncer en Extremadura (PICA), que entró en vigor el 1 de enero de 2007, con el objetivo de reducir la incidencia y morbimortali-

CAPÍTULO V

dad atribuible al cáncer en la población extremeña, así como mejorar la supervivencia general y la calidad de vida de los pacientes con cáncer, su familia y/o cuidadores.

Hay que resaltar la importancia de la prevención en el cáncer. Respecto a la prevención primaria, se han identificado diversos agentes o factores de riesgo relacionados con la carcinogénesis. La reducción, tan intensa como sea posible, de la exposición a estos factores cuya presencia se reconoce como necesaria o favorecedora de la aparición de la enfermedad, puede disminuir la aparición de nuevos casos.

En orden de importancia, los factores de riesgo del cáncer son el tabaco, ciertos elementos de la dieta, la obesidad, la falta de actividad física, el alcohol, la exposición profesional y medioambiental a determinadas sustancias y a las radiaciones ionizantes (solares y otras). También es conocido el papel oncogénico de algunos virus, entre los que se encuentra el virus del papiloma humano (VPH), asociado con el cáncer de cuello de útero y cuya vacuna ha sido introducida recientemente en el Calendario Integral de Vacunaciones de la CAE.

Por otra parte, la detección de la enfermedad en un estadio inicial o prevención secundaria, hace posible aplicar el tratamiento precozmente e interrumpir la progresión de la enfermedad. El prototipo de prevención secundaria son las actividades de detección precoz o cribado. Actualmente, existen pruebas de la eficacia del cribado en el cáncer de mama, el cáncer colorrectal y el cáncer de cuello de útero.

En Extremadura, desde 1998, se desarrolla el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama, dirigido inicialmente a todas las mujeres residentes en la CAE con edades comprendidas entre los 50 y 64 años, ambos inclusive, y aquellas mujeres de 40 a 49 años con antecedentes de cáncer de mama en madre, hija o hermana. Tras la entrada en vigor del PICA, se amplió la cobertura de edad hasta los 69 años.

La detección precoz del cáncer de cuello de útero se lleva a cabo desde 1983 de forma oportunista, es decir, ofreciendo la realización de la citología a todas las mujeres incluidas en la población diana (mujeres entre 25 y 65 años, ambas inclusive, que mantengan relaciones coitales) que acuden a consulta por cualquier motivo, en los centros de orientación familiar y las consultas externas de Ginecología de las diferentes áreas de salud. Actualmente se encuentra en periodo de revisión con el fin de valorar la introducción de posibles modificaciones. Respecto a la detección precoz del cáncer colorrectal, el PICA establece entre sus objetivos la puesta en marcha de un estudio piloto de cribado dirigido a población de riesgo intermedio (mayores de 50 años sin factores de riesgo asociados/adicionales).

V CAPÍTULO

La asistencia al paciente con cáncer debe estar basada en una atención multidisciplinar, interdisciplinar, integral y continuada a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, en una mejora de la accesibilidad a los servicios sanitarios y en una garantía de la atención en tiempos de diagnóstico y tratamiento adecuados. Además, debe existir un control de calidad de dicha asistencia, sometiéndola a una autoevaluación rigurosa con el fin de corregir los desvíos detectados.

En los últimos años se han producido cambios en el perfil clínico del paciente y en los aspectos terapéuticos y asistenciales, debido a un porcentaje cada vez mayor de pacientes que se curan y al aumento de la supervivencia en la mayoría de los que no se curan. Así, han cobrado protagonismo las actuaciones de prevención terciaria, encaminadas a disminuir la discapacidad y fomentar la rehabilitación física y la reinserción sociolaboral de personas enfermas o que han padecido la enfermedad. Durante todo este proceso, resulta fundamental abordar la adaptación psicológica del paciente, su familia y/o cuidadores de una forma continuada y global.

Mención especial merece la atención al cáncer infantil, que presenta unas características histológicas, clínicas y epidemiológicas distintas a las de los adultos. La lucha contra el cáncer en este rango de edad se centra en el diagnóstico precoz y en los programas de tratamiento, ya que los factores genéticos juegan un papel importante en su aparición. Asimismo, la atención psicosocial al niño y su familia desde el momento del diagnóstico, ayuda a una mejor tolerancia del tratamiento y mitiga sus secuelas. El objetivo final es conseguir que el niño curado de cáncer sea un adulto sano desde el punto de vista físico, psíquico y social. Con este fin, la atención al niño y adolescente diagnosticado de cáncer debe realizarse en una unidad multidisciplinar de ámbito hospitalario que trabaje en coordinación con el resto de especialidades pediátricas y cuente con unidades de apoyo psicológico, psiquiátrico y pedagógico, garantizando así la atención integral al paciente y su familia.

Estos y otros aspectos de la lucha contra el cáncer están recogidos en el PICA, que fija un marco de atención general al paciente con cáncer, con enfoque sistemático, integral y de calidad, abarcando desde la promoción de la salud, prevención y asistencia hasta la rehabilitación y reinserción o los cuidados paliativos, sin olvidar la formación, investigación y los sistemas de información.

Desde el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* se promueve el desarrollo y la continuidad del PICA, implementando las líneas de actuación priorizadas en el mismo, con el objetivo de reducir la incidencia y morbilidad asociada al cáncer, y mejorar la calidad de vida de los pacientes, su familia y/o cuidadores.

CAPÍTULO V

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

OBJETIVO 2.- Desarrollar y dar continuidad al Plan Integral contra el Cáncer 2007-2011 (PICA), con el objetivo de reducir la incidencia y morbilidad atribuible al cáncer en Extremadura y mejorar la calidad de vida de los pacientes, su familia y/o cuidadores.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

2.1. Desarrollo progresivo de los objetivos y las líneas de actuación priorizados en el PICA.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD
Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD

Evaluación: Seguimiento y evaluación final de los objetivos y las líneas de actuación del PICA

2.2. Actualización del PICA una vez que finalice su actual periodo de vigencia.

Responsable: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD

Evaluación: Elaboración de una nueva versión del PICA en 2011

2.3. Impulso a la actividad del Consejo Asesor sobre el Cáncer del SSPE.

Responsable: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD

Evaluación: Memoria de actividades del Consejo Asesor sobre el Cáncer de Extremadura

2.4. Potenciación e implantación de estrategias de promoción de la salud y prevención primaria en relación con el cáncer, dirigidas a población general.

Responsables: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD
Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación: Porcentaje de personas con hábitos saludables según la Encuesta de Salud de Extremadura.

Nº de actividades realizadas en prevención primaria y promoción de la salud relacionadas con cáncer en general.

2.5. Promoción y mejora de los programas de cribado dirigidos al diagnóstico precoz del cáncer de mama y cáncer de cuello de útero, y puesta en marcha de un estudio piloto de cribado poblacional de cáncer colorrectal.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Informe de Resultados del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama
Informe de Resultados del Programa de Cribado Oportunista del Cáncer de Cérvix
Realización del estudio piloto de cribado poblacional de cáncer colorrectal

- 2.6.** Desarrollo y puesta en marcha de estrategias que garanticen una atención integral al paciente con cáncer en el marco de un equipo multidisciplinar, durante todo el proceso, entre otras, la creación y consolidación de Comités de Tumores en todas las áreas de salud del SSPE, así como la elaboración y puesta en vigor de una normativa común con relación a su composición, objetivos, reuniones periódicas, protocolos, evaluaciones, etc.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES
Dirección Médica de Atención Especializada de las áreas de salud del SES

Evaluación: Nº de áreas de salud con Comités de Tumores constituidos y en funcionamiento. Memoria de actividades de los Comités de Tumores constituidos
Existencia de una normativa común para la constitución y funcionamiento de los Comités de Tumores

- 2.7.** Implantación de los mecanismos necesarios para reducir los tiempos de demora diagnóstica y terapéutica en la atención al paciente con cáncer, tomando como referencia la normativa vigente en este ámbito; e impulso del desarrollo de sistemas de información y de registros que hagan posible la evaluación y la monitorización de los tiempos de demora.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES
Dirección Médica de Atención Especializada de las áreas de salud del SES
Servicios de admisión y documentación clínica del SES
Comités de Tumores del SES

Evaluación: Mecanismos implantados para reducir los tiempos de demora diagnóstica y terapéutica en la atención al paciente con cáncer
Existencia y funcionamiento de sistemas de información para la monitorización de los tiempos de demora

- 2.8.** Adecuación y modernización tecnológica en el ámbito del diagnóstico y del tratamiento oncológico, asegurando, en un tiempo razonable, la accesibilidad a estas nuevas técnicas tanto dentro de la Comunidad como fuera de ella en el caso de patologías infrecuentes y cuando sea necesario según los cauces habituales.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Dirección General de Salud Pública del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Nº y tipo de recursos tecnológicos adquiridos y en funcionamiento para el diagnóstico y tratamiento del cáncer en Extremadura
Existencia de circuitos de derivación para el acceso a tecnologías diagnósticas y terapéuticas fuera de la Comunidad Autónoma
Demora en la prestación de tecnologías no existentes en la CAE

CAPÍTULO V

2.9. Potenciación de los estudios oncogenéticos del cáncer hereditario.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD

Evaluación: Nº de estudios oncogenéticos realizados directamente o por convenio con otros centros del SNS

Existencia de protocolos de colaboración en este ámbito entre los servicios de oncología

2.10. Adecuación de la Unidad Multidisciplinar de Oncohematología Infantil a las necesidades detectadas, con el fin de ofrecer una atención integral y global al niño y adolescente con cáncer.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Dirección General de Salud Pública del SES
Gerencia del Área de Salud de Badajoz

Evaluación: Actuaciones realizadas con el objetivo de adecuar la Unidad a las necesidades detectadas

2.11. Potenciación y adecuación de la atención psicológica al paciente con cáncer, su familia y/o cuidadores durante todo el proceso, desde la sospecha diagnóstica hasta la rehabilitación o los cuidados paliativos, según las actuaciones contenidas en el PICA en este sentido.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Nº de actuaciones contenidas en el PICA realizadas con el objetivo de mejorar la atención psicológica al paciente con cáncer, su familia y/o cuidadores

2.12. Desarrollo de la Red de Recursos de Cuidados Paliativos en cada Área de Salud, dentro del Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura (PRCPEX).

Responsables: Secretaría General del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Evaluación del PRCPEX

2.13. Potenciación del Sistema de Información sobre Cáncer de Base Poblacional de Extremadura (SICaP).

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Dirección General de Salud Pública del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES
Direcciones de Salud del SES

Evaluación: Informe de evaluación del SICaP

- 2.14.** Creación y funcionamiento de un Registro de Tumores Hospitalario centralizado para toda la Comunidad Autónoma, como principal fuente de información del SICaP y herramienta de control de la calidad asistencial.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Dirección Gerencia del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Existencia del Registro de Tumores Hospitalario de Extremadura
Informe de evaluación del Registro

- 2.15.** Promoción de la formación necesaria para la atención a los pacientes con cáncer, garantizando el acceso a la misma dentro de la formación de grado, especializada y continuada de los profesionales sociosanitarios.

Responsables: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
Gerencias de las áreas de salud del SES
Dirección General de Educación Superior y Liderazgo de la Consejería de Economía, Comercio e Innovación
Comisiones de Docencia y Unidades Docentes del SES

Evaluación: Nº y descripción de actuaciones realizadas con el objetivo de asegurar la formación en oncología entre los profesionales socio-sanitarios.

- 2.16.** Fomento de la investigación oncológica básica y translacional, mediante la creación de líneas de financiación específicas, así como de las estructuras necesarias dedicadas a la potenciación, la coordinación y la planificación de la investigación oncológica en Extremadura.

Responsables: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
Dirección Gerencia del SES
Dirección General de Innovación y Competitividad Empresarial de la Consejería de Economía, Comercio e Innovación
Dirección General de Educación Superior y Liderazgo de la Consejería de Economía, Comercio e Innovación

Evaluación: Existencia de líneas de financiación específicas para la investigación oncológica básica y translacional
Estructuras creadas para potenciar, coordinar y planificar la investigación oncológica en Extremadura

- 2.17.** Implantación de un Banco de Tumores en todos los hospitales extremeños en los que se preste atención al paciente con cáncer, como elemento de apoyo a la investigación oncológica.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES
Dirección Médica de Atención Especializada de las áreas de salud del SES

Evaluación: Nº de hospitales con Banco de Tumores en Extremadura

CAPÍTULO

3. SALUD MENTAL

Los trastornos mentales y conductuales se consideran afecciones de importancia clínica, caracterizadas por alteraciones de los procesos de pensamiento, de la afectividad (emociones) o del comportamiento asociadas a angustia personal, a alteraciones del funcionamiento o a ambos. Los trastornos mentales constituyen uno de los principales problemas de salud por su impacto epidemiológico, por la discapacidad que conllevan, la carga social y económica que suponen y por la elevada dependencia y utilización de los servicios sanitarios.

Los trastornos mentales y conductuales son relativamente frecuentes y universales. Se estima que más del 27 % de los europeos adultos sufren al menos una forma de alteración psíquica a lo largo de su vida.

Según el análisis del GBD, los trastornos mentales y conductuales afectarían en un momento dado al 10% de la población adulta aproximadamente.

Los datos epidemiológicos más recientes son los obtenidos de la participación de España en el Estudio Europeo sobre Epidemiología de los Trastornos Mentales, denominado ESEMED, que determinó que la tasa de prevalencia-vida en Europa para los trastornos mentales comunes (los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo) era del 25% y la de prevalencia-año del 9,8. El estudio del Eurobarómetro de 2002 concluye que la tasa de prevalencia de casos probables de trastorno mental común en Europa es el 23,4% de la población adulta.

Según los resultados de este estudio, un 19,46% de los participantes españoles había presentado algún trastorno mental en algún momento de su vida, y un 8,48% un trastorno en los últimos 12 meses. El trastorno mental más frecuente fue el episodio de depresión mayor, seguido de la fobia específica y la distimia.

Los trastornos mentales afectan en mayor medida a las mujeres (11,44 de prevalencia-año) que a los hombres (5,25). Por grupos de edad, entre los 18 y los 24 años se dan las mayores tasas de prevalencia (10,1), seguida del tramo de edad de entre 50 y 64 años (9,1), si bien en el caso de trastorno afectivo, aumenta con la edad. Según los datos de este estudio para España, este tipo de trastornos afectaba al 20,2% de la población adulta desempleada y al 15,6% de la población jubilada. Asimismo aparecen diferencias en relación con el tamaño del municipio, existiendo mayores tasas de prevalencia en los municipios de mayor tamaño.

Por lo que respecta a otros factores de riesgo como estado civil, el Eurobarómetro pone de manifiesto que el 43,1% de la población española en situación de viudedad y el 29,6% de la divorciada padece algún tipo de trastorno mental.

Entre los trastornos del estado de ánimo, el más frecuente es el episodio depresivo mayor. Aproximadamente, un 10,55% de la población adulta lo padecerá en algún momento de su vida y un 3,96% lo ha padecido en el último año. Según el estudio ESEMED, por grupos de trastornos, los de ansiedad son ligeramente más frecuentes que los trastornos del estado de ánimo, según los datos de prevalencia-año (5,1% frente a 4,3%). El trastorno más frecuente es la fobia específica (2,76%), seguido de la ansiedad generalizada (0,83%) y el trastorno de angustia (0,69%).

Según un estudio que analiza la prevalencia atendida de esquizofrenia en todas las unidades de hospitalización breve de Extremadura, desde el 1 de enero de 1990 al 31 de diciembre de 2000, se estima en 1.160 la población actual de extremeños con esquizofrenia. La prevalencia entre la población de 15 años o más resultó de 1,4 por 1.000 habitantes y la incidencia promedio en el período fue de 0,05 por 1.000 habitantes.

Un alto porcentaje de la patología atendida en atención primaria corresponde a trastornos relacionados con la salud mental. Los resultados de un estudio transcultural llevado a cabo por la OMS en 14 centros (Üstün y Sartorius 1995; Goldberg y Lecrubier 1995) demostraron que alrededor del 24% de todos los pacientes atendidos por profesionales de atención primaria padecía un trastorno mental. De ellos, un 10,4% correspondía a trastornos depresivos y un 7,4 a trastornos de ansiedad.

La alta carga de discapacidad asociada se pone de manifiesto al analizar los datos proporcionados por la OMS, que estimó que los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 10,5% del total de los AVAD perdidos por todas las enfermedades y lesiones. La estimación para el 2000 fue del 12,3% y para el 2020, del 15%. Entre las 20 causas de AVAD para todas las edades figuran tres problemas de salud mental. Si se considera sólo el tramo de edad comprendido entre los 14 y los 55 años, entre los diez primeros figuran: los trastornos depresivos unipolares, los trastornos por consumo de alcohol, las lesiones autoinflingidas, la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar. Si tenemos en cuenta sólo la discapacidad, las estimaciones muestran que las enfermedades mentales son responsables del 30,8% del total, siendo tan sólo la depresión causante del 12%.

La Encuesta Nacional de Discapacidades y Estado de Salud del año 1999 muestra que el mayor porcentaje de discapacidad asociado a enfermedades mentales graves se da en el apartado "Relacionarse" (93,2%), seguido de la imposibilidad de "realizar tareas

CAPÍTULO V

del hogar” (72,86%) y “desplazarse fuera” (67,4%). Por otro lado, este tipo de trastornos, especialmente los más graves y discapacitantes, supone una carga para el entorno social y familiar. Según la citada Encuesta, el 57% de los cuidadores dedican más de 31 horas a la semana y un 78% han debido reducir actividades laborales, de ocio o vida familiar. El 67% llevaban siendo cuidadores durante más de ocho años.

En los ESM de Extremadura, se han realizado más de 114.000 consultas en 2007: 105.600 en Equipos de Salud Mental de adultos, y 8.800 en los infanto-juveniles. En el 85%, de pacientes procedentes de los Equipos de Atención Primaria. Los diagnósticos de las primeras consultas realizadas en los ESM eran de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40-49) en el 30,5% de los casos; trastornos afectivos (F30-39) en el 29,7% y esquizofrenias (F20-29) en el 9,1%. El resto han sido trastornos de la personalidad (6,6%), trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en infancia y adolescencia (5,6%), trastornos de la conducta alimentaria (5,3%) y otros trastornos.

El índice de primeras consultas en los últimos años, según los datos del SIAE, se ha mantenido prácticamente estable, con una media de 8,5 por mil habitantes, incrementándose, aunque ligeramente, el de sucesivas, pasando de 35 a 38 por mil.

En 2007 se realizaron 2.454 altas en las cuatro unidades de hospitalización breve de Extremadura, de las cuales un 45% eran reingresos. La estancia media en dichas Unidades fue de 14 días, y su ocupación media del 90%. La tasa media de ingresos en las cuatro Unidades de Hospitalización Breve de Extremadura en el año 2007 fue de 2,29 por mil habitantes. Todos estos indicadores se mantienen estables en los últimos cinco años analizados.

Atendiendo exclusivamente a los ingresos de las unidades de los hospitales generales de Cáceres y Badajoz, las psicosis son el GRD más frecuente de las altas (suponen la mitad de los 20 GRD más frecuentes), le siguen los trastornos de la personalidad y las neurosis depresivas. Por lo que respecta a la patología y según un estudio específico realizado en el año 2003 por parte de la Subdirección de Salud Mental del SES (no publicado), el 54% de los ingresos de ese año correspondían a psicosis, el 16% a trastornos de la personalidad y control de los impulsos y el 9% a neurosis depresivas. De ellos, el 18% necesitaron 3 o más ingresos o permanecieron ingresados durante más de 30 días de manera continua o 90 de manera discontinua a lo largo del año.

En los dispositivos de rehabilitación se atendieron a 600 personas durante 2007. Los Centros de Rehabilitación Psicosocial prestaron atención a 460 pacientes durante ese año. Por su parte los Centros Residenciales de Rehabilitación atendieron a 63 y la red

de pisos a 90. Otros 370 aproximadamente fueron atendidos en los Programas de Rehabilitación Laboral y en los Centros de Ocio.

Según los datos disponibles por el SES, en Extremadura en 2005 se consumieron 45,3 millones de dosis diarias definidas, un 47% de antidepresivos, un 44% de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, un 6% de antipsicóticos y un 3% de antidemenciales. Las DHD son, respectivamente, de 54,9; 51,6; 7,2 y 3,5. En conjunto representa una DHD de 117,2.

Durante la década de los años ochenta, asistimos en España a un cambio en la concepción de la asistencia a las personas con enfermedad mental, posibilitado por los avances técnicos y políticos, y apoyado por los movimientos sociales y profesionales. Este proceso, refrendado por la Ley General de Sanidad, promueve el cambio progresivo del eje de la asistencia desde el hospital psiquiátrico a la comunidad, mediante la creación de una red de atención sanitaria accesible e integrada en el sistema sanitario general y de una serie de dispositivos de rehabilitación y apoyo social, que faciliten la reinserción y el mantenimiento del paciente en su entorno, transformando, de manera paralela, el hospital psiquiátrico.

En los últimos años hemos asistido en el contexto europeo y nacional a un impulso de las políticas de salud mental. Reflejo de esta apuesta ha sido la Declaración sobre Salud Mental para Europa y un Plan de Acción que la desarrolla para la próxima década, ratificado por los Ministros de Sanidad de los Estados Miembro de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud en 2005, y la aprobación por el Consejo Interterritorial del SNS en el año 2006 de la Estrategia en Salud Mental.

En Extremadura, la transferencia de la asistencia sanitaria del SNS en 2002, ha permitido la creación de dispositivos de atención ambulatoria, hospitalaria y de rehabilitación en salud mental, integrados en las red sanitaria general y el desarrollo importante de una serie de dispositivos de apoyo social específicos a la población. De manera paralela a este crecimiento se ha trabajado en la integración de la red asistencial procedentes de las Diputaciones Provinciales; la creación de estructuras de coordinación que promuevan la continuidad asistencial y la coordinación funcional de los dispositivos en el marco del área de salud; la consolidación del modelo asistencial a través de la publicación de un Decreto específico de organización y funcionamiento; y el concierto con distintas entidades sin ánimo de lucro, buscando la complementariedad con la red asistencial pública. Siguen quedando, sin embargo, retos pendientes, que serán abordados en el desarrollo del Plan Integral de Salud Mental 2007-2012, aprobado el año 2007.

CAPÍTULO V

Si en el Plan de Salud Mental de 1996 se trataba de potenciar los recursos de atención básicos, queda pendiente, dotar de servicios más especializados y diferenciados y desarrollar una estructura que permita la transformación del hospital psiquiátrico. Para ello será necesario incrementar la dotación de los dispositivos básicos para lograr la equidad y accesibilidad en la atención en todas las zonas de Extremadura y el progresivo incremento de prestaciones en dichos dispositivos, aumentando las ratios de profesionales al mismo tiempo que las prestaciones. Al tiempo, se requiere hacer compatible este objetivo con el de dedicar una atención especializada a determinadas problemáticas por razón de edad, comorbilidad o prevalencia y con la progresiva atención a determinados ámbitos que hasta ahora habían sido ajenos a la atención, como la inmigración, la violencia de género o la situación de los pacientes penitenciarios.

Uno de los retos esenciales sigue siendo la transformación de los hospitales psiquiátricos de manera coordinada con las redes asistenciales y de apoyo social, y la mejora de la atención a la población institucionalizada.

Se abordará la potenciación de la red de apoyo social específico en el marco de la reciente regulación estatal de los derechos de las personas en situación de dependencia y el desarrollo de políticas de empleo o vivienda que tengan en cuenta la especificidad y las necesidades de las personas con enfermedad mental.

Desde el Plan de Salud, se considera prioritaria también, la formación de los profesionales, la mejora en la calidad de las prestaciones y la consolidación y formalización de la participación de los afectados en la toma de decisiones. Además, y en línea con lo establecido en la Estrategia en Salud Mental del SNS, se desarrollarán programas y actuaciones de promoción, prevención y mejora de la imagen de las personas con enfermedad mental.

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

OBJETIVO 3.- Desarrollar el Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012 (PISM)

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

3.1. Desarrollo progresivo de las estrategias priorizadas en el PISM.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Dirección Gerencia del SEPAD

Evaluación: Seguimiento y evaluación del PISM

- 3.2.** Acciones destinadas a la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos más frecuentes y la mejora de la imagen de las personas con problemas de salud mental.

Responsable: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación: N° de programas realizados

- 3.3.** Desarrollo del proceso de transformación de los antiguos Hospitales Provinciales Psiquiátricos.

Responsable: Consejería de Sanidad y Dependencia

Evaluación: Grado de aplicación de los objetivos de los Planes Estratégicos de ambos Hospitales
Traslado de las Unidades de Hospitalización

- 3.4.** Incremento de los recursos sanitarios destinados a personas con trastorno mental grave, niños y adolescentes, trastornos de la conducta alimentaria y con problemas de patología dual contemplados en el PISM.

Responsable: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación: N° de dispositivos creados
Existencia de Hospitales de Día

- 3.5.** Puesta en marcha de los dispositivos residenciales y de integración social y laboral contemplados en el PISM.

Responsable: Dirección Gerencia del SEPAD

Evaluación: N° de programas y recursos nuevos
N° de plazas residenciales nuevas

- 3.6.** Creación del Consejo Regional de Salud Mental.

Responsable: Consejería de Sanidad y Dependencia

Evaluación: Existencia del Consejo Regional de Salud Mental

- 3.7.** Fomento de instrumentos de gestión clínica en salud mental.

Responsable: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación: N° de recursos acreditados
N° de actuaciones de mejora de la calidad
N° de programas de gestión de riesgos puestos en marcha

- 3.8.** Evaluación y actualización del PISM, una vez finalizado su período de vigencia.

Responsables: Dirección Gerencia del SES

Dirección Gerencia del SEPAD

Evaluación: Elaboración de una nueva planificación en salud mental basada en los resultados del actual

CAPÍTULO

4. DROGODEPENDENCIAS Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS

El consumo de drogas y las consecuencias de toda índole que lleva aparejado, constituye un problema social y sanitario que afecta a España y a la comunidad internacional en su conjunto. Las cifras que publican tanto los organismos especializados de Naciones Unidas como los de la Unión Europea no dejan lugar a dudas. Un número muy importante de la población, en gran parte jóvenes e incluso adolescentes, consume sustancias como el alcohol, el tabaco, el cannabis y, en menor medida, cocaína y drogas de síntesis.

El fenómeno del consumo de drogas ha experimentado en los últimos años un profundo proceso de transformación, en paralelo a la evolución de las sociedades desarrolladas. En concreto, en España las drogas están vinculadas en la actualidad a la cultura del ocio (a diferencia de lo que sucedía en los años 80, donde el consumo de drogas, fundamentalmente de heroína, estaba asociado a la marginalidad y a la delincuencia); y donde se detectan también otras adicciones comportamentales, fundamentalmente juego patológico y otras psicopatologías asociadas que, necesariamente, obligan a un abordaje integral funcional entre salud mental y conductas adictivas.

La heroína ha sido sustituida por sustancias como el cannabis, la cocaína o el éxtasis, combinadas entre sí o mezcladas con alcohol y tabaco. Este cambio de las sustancias también se ha acompañado de nuevos patrones de consumo. Estamos ante consumidores cada vez más jóvenes, perfectamente integrados en la sociedad, que consumen con fines recreativos y socializantes y para quienes estos consumos son actos triviales cuyos riesgos desdeñan.

No obstante, en la última década en España se ha logrado que disminuya el número de fumadores y han descendido de manera muy apreciable las cifras de nuevos usuarios de heroína. A ello se suma el hecho de que, por primera vez desde 1994, se ha roto la tendencia al alza en el consumo de drogas entre los jóvenes de 14 a 18 años, ha aumentado la percepción de riesgo ante el consumo de tabaco, alcohol o cannabis y ha disminuido la percepción de disponibilidad de todas las drogas por parte de los estudiantes de entre 14 y 18 años.

Del análisis de los datos de dichas encuestas se observa que, en Extremadura, las prevalencias de consumo son, en general, inferiores a las del conjunto nacional, a excepción del consumo de drogas legales y de tranquilizantes/sedantes en la población entre 15 y 64 años, y de tabaco en estudiantes (de 14 a 18 años), casos en los que se sitúa por encima de la media nacional, aunque no en porcentajes relevantes.

CAPÍTULO

Sin embargo, en la Encuesta Nacional de 2006, con población de 16 o más años, en España el 26,44% de la población mayor de 16 años es fumadora, variando considerablemente los patrones de consumo según el sexo y la edad, siendo la distribución por sexos del 31,56% en varones y 21,51% en mujeres. Extremadura se encuentra en 2007 entre las cinco comunidades autónomas con la prevalencia más baja de España, con un 24,95 % de población fumadora, con diferencias entre hombres (29,52%) y mujeres (20,53%). Además, actualmente es la Comunidad Autónoma con mayor porcentaje de exfumadores (24,35% en ambos sexos y 35,93% en varones).

La Junta de Extremadura aprobó en 2007 el Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas de Extremadura 2008-2012 (PIDCA), cuyo objetivo principal es disminuir la incidencia y retrasar la edad de inicio de las conductas adictivas, así como reducir los daños a la salud ocasionados por dichas conductas, por lo que ya desde un principio apuesta decididamente por la prevención como la intervención prioritaria a desarrollar en el abordaje de las conductas adictivas.

En Extremadura, se han venido desarrollando de forma continuada múltiples actuaciones en las tres áreas clásicas de intervención frente a las drogodependencias (prevención, asistencia y reincorporación sociolaboral), pero muy especialmente en los campos de la prevención escolar, comunitaria y laboral.

En relación con la prevención escolar, pilar fundamental de cualquier intervención en drogodependencias, cabe destacar, de entre otros muchos, el programa de prevención universal “Prevenir Para Vivir”, que desde el 2002 se viene implantando. También debe resaltarse, en relación con la prevención comunitaria, la convocatoria mediante Orden anual desde 1986 de subvenciones públicas destinadas a Mancomunidades y Ayuntamientos. Otras dos órdenes anuales de subvenciones, han venido siendo también pilares básicos de la atención a personas con problemas de conductas adictivas: una destinada a subvenciones para ONG que trabajan con este colectivo y otra destinada a la reincorporación laboral.

La red asistencial de drogodependencias y otras conductas adictivas de Extremadura, facilita la atención a las personas que presentan problemas de esta índole, prestando asistencia para la desintoxicación, la deshabituación y la integración social. También facilita orientación y apoyo psicoterapéutico a los familiares de los usuarios de la red, así como orientación y asesoramiento a otras instituciones y recursos. Los programas de intervención se basan en un modelo bio-psico-social que pretende garantizar el tratamiento en el medio comunitario más próximo al individuo, posibilitar la elección entre los distintos tipos de tratamientos posibles y garantizar la asistencia integral ante los problemas adictivos. Como recurso principal de referencia de la red asis-

CAPÍTULO V

tencial, se encuentran los centros ambulatorios de atención a las conductas adictivas (CEDEX), que son la puerta de entrada a otros recursos de segundo y/o tercer nivel.

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

OBJETIVO 4.- Desarrollar el Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas 2008-2012 (PIDCA).

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

4.1. Elaboración y aprobación de la normativa que establezca la organización y el funcionamiento de la atención de las conductas adictivas en Extremadura.

Responsables: Secretaría Técnica de Drogodependencias del SES
Consejería de Sanidad y Dependencia

Evaluación: Elaboración y aprobación de la normativa

4.2. Coordinación entre los distintos departamentos de la Junta de Extremadura para lograr los acuerdos necesarios en la correcta implementación del PIDCA.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Consejería de Educación
Consejería de los Jóvenes y el Deporte
Consejería de Igualdad y Empleo
Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural

Evaluación: Existencia de acuerdos de colaboración y/o convenios

4.3. Implantación progresiva del PIDCA en todas las áreas de salud del SSPE.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de Área de Salud del SES

Evaluación: Implantación del PIDCA en las áreas de salud del SSPE

4.4. Evaluación y actualización del PIDCA, finalizado su actual período de vigencia.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Secretaría Técnica de Drogodependencias del SES

Evaluación: Elaboración de una nueva planificación en atención a las drogodependencias y otras conductas adictivas basada en los resultados del PIDCA actual

5. ACCIDENTES Y VIOLENCIAS

V CAPÍTULO

a) ACCIDENTES

Los accidentes constituyen la cuarta causa de muerte en la Unión Europea, después de las enfermedades del corazón, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

En Extremadura, en el año 2002, con cifras similares a la nacional, las causas externas de defunción (Grupo XIX, CIE X), debido fundamentalmente a los accidentes de tráfico, son la primera causa entre los varones de edades comprendidas entre los grupos de etarios de 15 a 24 años y 25 a 34 años, y la segundo en el grupo de edad de 35 a 44 años, siendo a partir de esta edad, la tercera detrás del aparato circulatorio y los tumores.

Durante el año 2003, se perdieron 43.470 años potenciales de vida. Las causas externas de defunción, principalmente debido a los accidentes de tráfico, ocupan el tercer lugar con 7.390 años, detrás de los tumores, con 16.815 años, y del aparato circulatorio con 9.335 años.

Accidentes de tráfico

Accidente de tráfico es aquel que ocurre en una vía abierta a la circulación, o tiene su origen en ésta, en el que alguna persona resulte muerta o herida o se producen daños materiales, y en el que al menos un vehículo se encuentra implicado.

Durante el año 2007, y según datos de la DGT, se produjeron en Extremadura un total de 1.794 accidentes de tráfico con víctimas (1.622 en el año 2005), de los cuales 528 fueron en vías urbanas con el resultado 22 muertos, y 1.266 en carretera, con 105 muertos.

La disminución, a escala nacional, en los últimos años, coincide con el año de implantación del sistema del permiso por puntos, introducido por la Ley 17/2005, de 19 de julio, por la que se regula el permiso y la licencia de conducción por puntos.

En relación con los jóvenes, en el año 2005 murieron en España 1.387 jóvenes de entre 15 y 29 años en accidentes de tráfico. Además, 8.947 resultaron heridos graves y 45.713 resultaron heridos leves. En años anteriores, estas cifras fueron todavía más elevadas. Entre los años 2000 y 2004, la media anual de jóvenes muertos en la carretera fue de 1.795, la de heridos graves de casi 11.000 y la de heridos leves de más de

CAPÍTULO V

52.000. Durante esos años los jóvenes representaron alrededor del 33 % del total de fallecidos en accidentes de tráfico en España y en torno al 42% del total de heridos graves y leves, muy por encima de su peso en el total de población que se situó aproximadamente en el 22 % en esos años. Estas cifras suponen que los accidentes de tráfico fueron la primera causa individual de fallecimiento entre los jóvenes de 15 a 29 años, con un 33 % del total de muertes, muy por encima de causas como “otras enfermedades” (25 %), “otros accidentes” (16 %) o el suicidio (11 %).

Los accidentes con participación de jóvenes conductores responden, tanto en España como en otros países, a una tipología muy determinada. A menudo se trata de accidentes que ocurren en fin de semana, sobre todo en sábados, de madrugada, de regreso de alguna actividad de ocio. En España, el 60 % de los accidentes con víctimas mortales de 15 a 29 años ocurren de viernes a domingo y de ellos, la mitad tienen lugar entre las doce de la noche y las seis de la mañana. Estos accidentes están casi siempre asociados a actividades de ocio de los jóvenes, aunque no hay que olvidar que, por las horas de la madrugada en que muchos de aquellos se producen, el cansancio acumulado suele ser también un factor concurrente importante.

Según una encuesta reciente (Encuesta Jóvenes y Movilidad. Fundación RACC 2006), un 7,5 % de los jóvenes admite conducir habiendo bebido alcohol (aunque hasta un 64 % cree que los demás jóvenes lo hace y más de un 80 % considera que el consumo de alcohol incide en la accidentalidad de los jóvenes) o ingerido drogas, un 15 % admite subir a un coche como pasajero a pesar de que el conductor haya bebido y un 6 % también admite ir de pasajero a pesar de que el conductor haya consumido drogas. Además, casi un 42 % afirma que cuando sale, puede beber “porque conozco mis límites”.

La importancia del estudio de los “puntos negros” en la mejora de la seguridad vial es indudable. El número de “puntos negros” ha disminuido en Extremadura de 13 en el año 2002, 2003 y 2004 a 7 en los años 2005 y 2006.

Según datos del CMBD del año 2002, 6.069 personas fueron dadas de alta por traumatismo craneoencefálico, de los que 2.119 (el 34,9%) fue debido a accidentes de tráfico. De las 6.069 personas con TCE, 113 procedían de Extremadura, con una tasa de 40 por cien mil habitantes, siendo la media a escala nacional de 72 por cien mil habitantes.

Según un estudio realizado por la Fundación del Instituto Tecnológico para la Seguridad Vial (FITSA) y el Instituto Universitario de Investigación del Automóvil de la Universidad Politécnica de Madrid (INSIA), en el presente año, cuantifica el coste global de los accidentes de tráfico en 16.000 millones de euros cada año. Esta cantidad representa un 2 por ciento de toda la riqueza nacional, un tercio del negocio que

mueve el sector del automóvil, y una cuarta parte de lo que cuesta el mantenimiento de las carreteras estatales y autonómicas.

El coste de cada una de las 2.741 fallecidas durante el año 2007, supuso un coste económico de 860.000 euros, contando con gastos hospitalarios, indemnizaciones para los familiares, pago de daños materiales y la pérdida de productividad de la víctima mortal, y el gasto por lesionado es, como media, de unos 10.400 euros, aunque los gastos derivados de un “gran lesionado” (un 1,3 % de los heridos graves), alcanza de promedio los 697.000 euros. Además, habría que sumar la importante carga psicológica y social que supone para la familia y allegados de las víctimas.

Los accidentes de tráfico son la primera causa evitable de mortalidad, por lo que es prioritaria en este sentido la intervención del sector sanitario, además del incremento de campañas de sensibilización como medidas de prevención. Constituyen un importante problema de salud pública, que requiere una implicación multisectorial (transporte, salud, educación, legislativo, administración local, ocio y tiempo libre, etc.) y multidisciplinaria (científicos, ingenieros, urbanistas, sanitarios, educadores, técnicos del ámbito social, etc.).

Accidentes domésticos y de ocio

El estudio de los accidentes domésticos y de ocio en Extremadura no resulta fácil ya que se carece de datos y/o registros, estando sólo disponibles los datos que proceden de la encuesta realizada por el Instituto Nacional de Consumo en su programa DADO (2004), desconociéndose en estas encuestas las que con exactitud correspondieron a Extremadura, ni las poblaciones que se realizaron. De los datos que presenta la encuesta se han excluido las poblaciones de menos de 2.000 habitantes. El informe DADO es un estudio del Instituto Nacional de Consumo que se basa en accidentes que hayan requerido asistencia sanitaria en el hogar y durante las actividades de ocio. Según dicho informe, los accidentes domésticos en Extremadura suponen el 21,13% del total, lo que es de gran importancia a la hora de interpretarlo. También se aprecia que el mayor número de accidentes domésticos, el 47,8% de total se producen en las poblaciones que tienen entre 2.000-10.000 habitantes, que en nuestro caso representan el 33,84% de la población extremeña.

b) VIOLENCIAS

Podría afirmarse que la violencia siempre ha formado parte de la experiencia humana. Sus efectos se pueden ver, bajo diversas formas, en todas partes del mundo. Cada año, más de 1,6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia, autoinfligida, interpersonal o colectiva. En

CAPÍTULO V

conjunto, se trata de una de las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 15 a 44 años de edad.

La OMS define la violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastorno del desarrollo o privaciones.”

No existe un factor que explique por sí solo por qué una persona se comporta de manera violenta y otra no lo hace. En el análisis realizado en el marco del Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, se ha recurrido a un modelo ecológico que tiene en cuenta numerosos factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos que influyen en la violencia. En el informe se emplea una tipología que divide los comportamientos violentos en categorías, dependiendo de quién ha cometido el acto, quién es la víctima y a qué tipo de violencia ha sido sometida: violencia colectiva; suicidio y violencia autoinfligida; y violencia interpersonal.

De los diferentes tipos de violencia, el Plan de Salud de Extremadura destaca la actuación frente a la violencia interpersonal, de la que se diferencian tres subcategorías: la violencia familiar o doméstica, la violencia de género y la violencia comunitaria.

La violencia familiar o doméstica hace referencia a la que se produce sobre los miembros de la familia y que, por lo general, sucede en el hogar. En este grupo se incluyen formas de violencia como el maltrato de los menores o el maltrato de las personas mayores.

La violencia de género se refiere a todos aquellos actos violentos que se producen dentro de una relación de pareja o expareja, fundamentalmente del hombre contra la mujer, pudiendo darse el caso inverso y teniendo en cuenta las situaciones correspondientes en caso de parejas o exparejas homosexuales.

La violencia comunitaria es la que se produce entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, y sucede por lo general fuera del hogar. Este tipo de violencia engloba la violencia juvenil, los actos fortuitos de violencia, la violación o ataque sexual por parte de extraños, y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y hogares de ancianos.

Maltrato infantil

Definir los malos tratos en la infancia es algo complejo. Existe un consenso referente a los grandes Síndromes del Niño Maltratado y situaciones de alarma social, pero otras circunstancias no se presentan tan evidentes.

CAPÍTULO

El artículo 19 de la Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas, define el maltrato infantil, como “toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que le tenga a su cargo”.

La legislación española define el desamparo legal, en el artículo 172 del Código Civil, como: “Se considera como situación de desamparo la que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material”.

A partir de estos conceptos se establecen los malos tratos a la infancia como: “Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y / o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.” Ésta es la definición aportada por el Observatorio de la Infancia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la asumimos como la definición más apropiada.

La definición incluye lo que se hace (acción), lo que se deja de hacer (omisión), o se realiza de forma inadecuada (negligencia), ocasionando al niño no solamente daño físico, psicológico (emocional y social), sino que considerándole persona – objeto de derecho – incluye sus derechos y su bienestar, y cuyos autores puede ser las personas (familiares o no) y las instituciones/administraciones (maltrato institucional).

El maltrato infantil constituye un problema de salud pública, tratándose de un fenómeno complejo de origen multifactorial.

Aunque no se conocen cifras exactas en nuestro país, se estima que los datos de maltrato infantil conocidos representan sólo un 10-20% de los casos reales.

Por otra parte, las disposiciones legales, reflejo de una conciencia social más amplia, han dotado a los menores de un marco legal jurídico de protección que empieza por la propia sociedad. Así, todos los ciudadanos que detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, tienen la obligación de prestar auxilio inmediato y comunicar el hecho a la autoridad competente o a sus agentes más próximos. Esta obligación genérica se convierte en específica cuando se refiere al deber de los profesionales de la salud de poner los medios necesarios para proteger al menor objeto de malos tratos y de poner la situación en conocimiento de la autoridad competente; como recoge la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor (art. 13), la Ley 4/1994, de noviembre, de Protección y Atención a Menores

CAPÍTULO V

(art.7), y el Código de Ética y Deontología Médica de 1999 (art. 30.2) o el Código Deontológico de Enfermería de 1989 (art. 39).

El Sistema Sanitario Público de Extremadura asumirá un protagonismo especial en la detección precoz del maltrato infantil, en su tratamiento y, sobre todo, en su prevención. El contexto sanitario en el que se desarrolla el trabajo, ya sea en la consulta a través de revisiones rutinarias, en los servicios especializados del hospital o en los servicios de urgencia, se convierte en un lugar de observación privilegiado.

Violencia escolar o *bullying*

El *bullying* se refiere a todas las formas de actitudes agresivas, intencionadas y repetidas, que ocurren sin motivación evidente, adoptadas por uno o más estudiantes contra otro u otros. El que ejerce el *bullying* lo hace para imponer su poder sobre el otro, a través de constantes amenazas, insultos, agresiones, vejaciones, etc., y así tenerlo bajo su completo dominio a lo largo de meses e incluso años. La víctima sufre calada en la mayoría de los casos. El maltrato intimidatorio le hará sentir dolor, angustia, miedo, a tal punto que, en algunos casos, puede llevarle a consecuencias devastadoras como el suicidio.

Del Estudio Estatal sobre la Convivencia Escolar en la Educación Secundaria Obligatoria se extraen tres conclusiones generales, que deben ser consideradas conjuntamente: la convivencia escolar en general es buena; la violencia existente en el resto de la sociedad también se expresa en la escuela y no solo en las relaciones entre estudiantes; y la escuela se ha puesto en marcha para mejorar la convivencia, siendo las necesidades más urgentes: más recursos humanos, formación del profesorado sobre cómo mejorar la convivencia, equipos de mediación y resolución de conflictos a múltiples niveles, mayor coordinación entre equipos educativos, y especialmente con los departamentos didácticos, creación de equipos de alumnos y alumnas a nivel de centro para mejorar la convivencia, desarrollo de programas de prevención de la violencia y mejora de la convivencia, utilizando procedimientos sistemáticos de evaluación que permitan conocer su eficacia y utilizar dicha información en el propio desarrollo del programa.

La Junta de Extremadura, a través de su Consejería de Educación, ha realizado distintos estudios sobre conflictividad; en el año 2001 para los centros de Educación Primaria y Secundaria; en el año 2003, solo para centros de Educación Secundaria; y en el año 2006 sobre agresiones a profesores.

Violencia de género

V CAPÍTULO

El marco legal actual en el Ordenamiento Jurídico español parte de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (Ley Integral), que viene a mejorar las soluciones establecidas por España en los últimos años, incorporando nuevas propuestas conceptuales y el enfoque de género, que desde las instancias internacionales se recomiendan para abordar de forma correcta el grave problema de la violencia de género. Entre ello, cabe destacar la consideración de la violencia que se produce en relación de pareja o ex pareja como violencia de género, y el carácter integral con el que se aborda su prevención, sanción y erradicación, así como prestar la máxima asistencia a las víctimas. Asimismo, la Ley ha sido fruto de una intensa labor en la que la sociedad civil y las organizaciones de mujeres han desempeñado un importante papel impulsor. Diseña, además, un nuevo marco institucional en el que se integran la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, adscrita al Ministerio de Igualdad, que formulará las políticas públicas en relación con la violencia de género a desarrollar por el gobierno, y el Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer (que contempla medidas para prevenir, corregir y erradicar la violencia de género, especialmente en los ámbitos educativo y sanitario), además de implantar en el ámbito judicial, los Juzgados y Fiscales de Violencia sobre la Mujer.

La CAE fue pionera en cuanto a la puesta en marcha de mecanismos de intervención y coordinación en materia de violencia, así se creó, por el Decreto 148/1999, de 6 de septiembre, la Comisión Permanente para la Erradicación y Prevención de la Violencia contra la mujer, de cuyos trabajos nació el Protocolo Interdepartamental para la Erradicación y Prevención de la Violencia contra la Mujer, cuyo objetivo es posibilitar una acción coordinada que asegure una respuesta eficaz, rápida y homogénea por parte de las instituciones que intervienen en situaciones de violencia de género.

En el ámbito sanitario, se han adoptado medidas legislativas, tales como la inclusión en la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud de la detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades, especialmente en menores, ancianos y personas con discapacidad.

Con anterioridad, en 2004, se constituyó en el Consejo Interterritorial del SNS una Comisión contra la Violencia de Género, que elaboró un Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, cuyo objetivo principal fue el de establecer una pauta de actuación normalizada y homogénea para el SNS, tanto para la detección precoz como para la valoración y actuación ante los casos detectados y el seguimiento de los mismos. La finalidad última era el ofrecer orientaciones al perso-

CAPÍTULO V

nal sanitario del SNS para la atención integral (física, psicológica, emocional y social) a las mujeres que sufren violencia de género y que acuden a un centro sanitario. Asimismo fijó, entre otros objetivos, sensibilizar al personal sanitario sobre la gravedad de la violencia contra las mujeres como problema de salud, y contribuir desde el ámbito sanitario a la sensibilización de la población general sobre este problema.

Desde septiembre de 2007, se dispone del teléfono 016 (900 116 016), para personas con discapacidad auditiva dentro de un Catálogo de Medidas Urgentes aprobadas por el Consejo de Ministros del 15 de diciembre de 2006, y que se enmarcan en el conjunto de actuaciones del Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género, aprobado en la misma fecha.

Maltrato de personas mayores y dependientes

El envejecimiento de la población, unido a otros factores sociales como la progresiva incorporación de la mujer al mundo laboral o los nuevos modelos familiares y la consiguiente modificación en las relaciones en el seno de las mismas, han favorecido el crecimiento del interés por una etapa vital que no siempre lleva consigo la calidad que sería de desear.

El porcentaje de mayores de 65 años, en Extremadura, en 2007, era del 18,99 %, de los que el 5,18 % son mayores de 80 años (56.462 personas).

En España, según el estudio nacional sobre el “Maltrato de personas mayores en la familia en España”, elaborado por el Centro Reina Sofía, se calcula que hay 60.000 mayores afectados por el maltrato en el hogar, siendo esta una cifra preocupante. Según los avalistas de dicho estudio, esta cifra es inferior a la esperada, debido a que los ancianos no suelen reconocer abiertamente el maltrato, bien por miedo, por vergüenza o por el estigma social que recae sobre la familia maltratadora; otras veces, porque padecen un síndrome de indefensión, lo que provoca que piensan que cualquier cosa que hagan empeorará la situación. Nos informa que el 57,9 % de los maltratados tienen más de 74 años, y el grado de prevalencia de la agresión, aumenta del 0,65 % entre las personas desde los 65 a los 74 años, hasta el 1,1 % en el caso de ancianos mayores de 75 años; también revela que los agresores son personas quemadas, que no pueden con la situación, que no saben encargarse del anciano de otra manera, y que no tienen o no conocen los recursos para afrontar la situación. El estudio reclama, entre otras cosas, más recursos y más formación para evitar el síndrome del *burn out*, y porque cada vez, los cuidadores son personas cada vez más mayores, debido al aumento de la esperanza de vida en los próximos años.

OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

V CAPÍTULO

OBJETIVO 5.- Al finalizar el periodo de vigencia del Plan de Salud, se habrán puesto en marcha en Extremadura iniciativas específicas encaminadas a reducir tanto la incidencia de casos como la mortalidad por accidentes y violencias.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

5.1. Realización de iniciativas en los niveles de atención escolar, familiar y comunitario, dirigidas a concienciar a la población, y a hacer frente a los factores determinantes de los accidentes y violencias. Entre otras estrategias, se contarán con: Campañas de educación pública en los medios de comunicación; Actividades extraescolares; Formación de los profesionales de la seguridad, salud, educación y empleadores; Programas para ámbitos específicos (escuelas, instituciones sanitarias, residencias de ancianos, etc.); Programas de aprendizaje social y emocional en las escuelas; e Intervenciones comunitarias coordinadas que involucran a muchos sectores con el propósito de mejorar los servicios y programas.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia

Servicio Extremeño de Salud

Consejería de Educación

Consejería de Igualdad y Empleo

Consejería de los Jóvenes y del Deporte

Consejería de Fomento

Delegación del Gobierno en Extremadura

Evaluación: N° de campañas publicitarias realizadas sobre maltrato y violencia

N° de actividades extraescolares existentes

N° de cursos de formación específicos para profesionales sobre violencia

N° de campañas de sensibilización realizadas en el ámbito comunitario

N° de intervenciones comunitarias

5.2. Coordinación efectiva del servicio de Emergencias 112 y los diferentes niveles asistenciales sanitarios y sociales.

Responsable: Secretaría General de Administración Pública e Interior de la CAPH

Evaluación: Valoración de los datos referidos al tiempo medio de activación de recursos de emergencia sanitaria

5.3. Apoyo institucional a las actividades llevadas a cabo por las asociaciones, ONGs y demás colectivos implicados con la problemática de los accidentes y la violencia en todas sus presentaciones.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia

CAPÍTULO V

Consejería de los Jóvenes y del Deporte
 Instituto de la Mujer de Extremadura de la Consejería de Igualdad y Empleo
 Consejería de Cultura y Turismo
 Corporaciones locales
 Diputaciones Provinciales

Evaluación: N° de subvenciones y ayudas aportadas a las distintas asociaciones y colectivos

OBJETIVO 6.- Reducir la incidencia del maltrato infantil con respecto a la media del período 2003-2007, mediante el incremento de su prevención, detección precoz y notificación de casos, durante el período de vigencia del Plan de Salud.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

6.1. Prevención del maltrato infantil dirigida a colectivos vulnerables, mediante programas específicos en el ámbito familiar, escolar, sanitario y social.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
 Consejería de Igualdad y Empleo
 Consejería de Educación
 Corporaciones locales. FEMPEX
 Delegación del Gobierno de Extremadura

Evaluación: N° de actuaciones o programas dirigidos a colectivos vulnerables en el ámbito familiar, escolar, sanitario y social

6.2. Consolidación y seguimiento del protocolo establecido en la Guía Básica de Maltrato Infantil en el ámbito sanitario.

Responsables: Consejería de Igualdad y Empleo
 Servicio Extremeño de Salud

Evaluación: Cobertura de aplicación de la Guía Básica de Maltrato Infantil
 Grado de cumplimiento del Servicio 734 de la Cartera de Servicios de Atención Primaria

6.3. Formación continuada del personal sanitario de los centros de atención primaria y atención especializada, en la detección de los factores de riesgo del maltrato infantil.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
 Servicio Extremeño de Salud

Evaluación: N° de cursos dirigidos a profesionales que actúan en el ámbito sanitario sobre maltrato infantil

6.4. Atención sanitaria integral (física, psíquica y social) a los menores víctimas de malos tratos.

Responsables: Consejería de Igualdad y Empleo
Consejería de Sanidad y Dependencia
Servicio Extremeño de Salud

Evaluación: Nº de menores víctimas de maltrato atendidos en el ámbito social y sanitario
Nº de llamadas realizadas al 112 y al Teléfono del Menor

OBJETIVO 7.- Reducir la incidencia de violencia escolar o *Bullying* en Extremadura, mediante el incremento de la detección precoz y la declaración de los casos, durante el período de vigencia del Plan de Salud.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

7.1. Desarrollo del Plan Regional de la Convivencia Escolar en Extremadura.

Responsable: Consejería de Educación

Evaluación: Datos de seguimiento y evaluación del Plan Regional de la Convivencia Escolar

7.2. Desarrollo de programas de sensibilización, en el ámbito escolar, encaminados al fomento de valores como el respeto de los derechos y libertades fundamentales, la tolerancia y de la libertad de los principios democráticos de convivencia. Programas de aprendizaje social y emocional.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Consejería de Educación

Evaluación: Nº de programas y campañas de sensibilización realizadas en el ámbito escolar
Nº de programas de aprendizaje social y emocional dirigidos a toda la comunidad educativa: profesores, alumnos y familias
Nº de participantes en los programas

7.3. Incorporación en los exámenes de salud escolar de la detección de situaciones de violencia o acoso escolar.

Responsable: Servicio Extremeño de Salud

Evaluación: Nº de casos detectados

7.4. Elaboración, implantación y distribución de un protocolo de actuación en supuestos de violencia escolar o *bullying*.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Consejería de Educación

Evaluación: Elaboración y distribución del protocolo de actuación a todos los centros educativos y centros de atención primaria de Extremadura

CAPÍTULO V

7.5. Formación continuada de los profesionales que actúan en el ámbito educativo y sanitario.

Responsables: Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud de la CSD
Consejería de Educación

Evaluación: N° de cursos de formación a profesionales en el ámbito educativo y sanitario
N° de participantes en los cursos

7.6. Atención integral (física, psíquica y social) a las víctimas de la violencia escolar.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Consejería de Educación

Evaluación: N° de alumnos víctimas de violencia escolar atendidos

7.7. Creación de un registro de casos de violencia escolar.

Responsable: Consejería de Educación

Evaluación: Existencia de un registro de casos de violencia escolar
N° de casos registrados

OBJETIVO 8.- Reducir la incidencia de la violencia de género en Extremadura mediante el incremento de la detección precoz de situaciones de riesgo, durante el período de vigencia del Plan de Salud.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

8.1. Promoción y desarrollo de acciones y actividades, dentro del ámbito educativo, sanitario y comunitario, para el fomento de valores positivos que prevengan la violencia de género (respeto de los derechos y libertades fundamentales, igualdad de hombres y mujeres, tolerancia y libertad, etc.), dentro de los principios democráticos de convivencia.

Responsables: Instituto de la Mujer de Extremadura de la Consejería de Igualdad y Empleo
Consejería de Educación
Consejería Sanidad y Dependencia
Consejería de los Jóvenes y del Deporte

Evaluación: N° de actividades formativas de promoción en el ámbito social, educativo y sanitario

8.2. Implantación y distribución del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, y cumplimiento del Servicio 734 de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SES, en su anexo II.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias Territoriales del SEPAD

Evaluación: Cobertura de implantación del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en los centros sanitarios

8.3. Detección precoz de los casos de mujeres víctimas de malos tratos, en aplicación del Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.

Responsable: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación: Nº de mujeres víctimas de violencia de género detectadas en el ámbito sanitario

8.4. Atención sanitaria integral a las mujeres víctimas de la violencia de género.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Instituto de la Mujer de Extremadura de la Consejería de Igualdad y Empleo

Delegación del Gobierno en Extremadura

Centro Coordinador de Urgencias 112. Consejería de Administración Pública y Hacienda

Evaluación: Nº de mujeres víctimas de violencia de género atendidas en el ámbito sanitario

Nº de mujeres víctimas de violencia de género atendidas en el ámbito social

Nº de mujeres víctimas de la Violencia de Género que han sido atendidas por recursos específicos (Casas de la Mujer)

Nº de denuncias presentadas por mujeres víctimas de la violencia de género

Nº de mujeres con medidas de protección judicial

Nº de llamadas recibidas en el 112 con motivo de la violencia de género (Porcentaje realizadas por la propia mujer; porcentaje realizados por familiares y/o amigas/os).

8.5. Implantación de oficinas de atención psicológica en las Mancomunidades Integrales de Extremadura con el objeto de ofrecer tratamiento psicológico a aquellas mujeres víctimas de violencia de género que lo precisen.

Responsable: Instituto de la Mujer de Extremadura de la Consejería de Igualdad y Empleo

Evaluación: Nº de oficinas de atención psicológica implantadas

Nº de mujeres víctimas de violencia de género atendidas en las oficinas

8.6. Elaboración, dentro de las directrices emanadas del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer, de un programa formativo consensuado por las Comunidades Autónomas, dirigido a los profesionales que actúan en los ámbitos de la atención familiar, escolar, sanitario y social que tengan relación con la violencia de género.

Responsable: Instituto de la Mujer de Extremadura de la Consejería de Igualdad y Empleo

Evaluación: Existencia de un programa formativo

8.7. Formación continuada de los profesionales que trabajan en la atención a la violencia de género en los ámbitos familiar, escolar, sanitario y social.

Responsables: Instituto de la Mujer de Extremadura de la Consejería de Igualdad y Empleo
Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud de la CSD

Evaluación: Nº de cursos de formación específica a profesionales que trabajan en la atención a la violencia de género

Nº de profesionales que han realizado cursos de formación específica

CAPÍTULO V

- 8.8.** Inclusión en la formación reglada de la UEX (tanto de Ciencias de la Salud como de la Educación), de contenidos encaminados al fomento de valores como el respeto de los derechos y libertades fundamentales, la igualdad entre hombres y mujeres y la tolerancia y de la libertad dentro de los principios democráticos de convivencia.

Responsable: Universidad de Extremadura

Evaluación: Inclusión de los citados contenidos en los ámbitos universitario de la salud y educación

- 8.9.** Creación del registro de mujeres víctimas de la violencia de género, atendidas en el ámbito sanitario.

Responsable: Consejería Sanidad y Dependencia

Evaluación: Existencia del registro de mujeres víctimas de violencia de género

- 8.10.** Implantación de oficinas de igualdad en las Mancomunidades Integrales de Extremadura, con el objeto de trabajar en pro de la igualdad en el seno de las asociaciones y de las administraciones que estén implantadas en su territorio.

Responsable: Instituto de la Mujer de Extremadura de la Consejería de Igualdad y Empleo

Evaluación: N° de oficinas de atención de igualdad implantadas
N° de mujeres atendidas en las oficinas

- 8.11.** Desarrollo de programas de investigación sobre la magnitud, causas, consecuencias, impacto biopsicosocial y costes de la violencia de género.

Responsables: Instituto de la Mujer de Extremadura de la Consejería de Igualdad y Empleo
Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud de la CSD

Evaluación: N° de proyectos de investigación

OBJETIVO 9.- Reducir la incidencia de maltrato a personas mayores en Extremadura, mediante el incremento de la detección precoz y la declaración de los casos de maltrato a personas mayores.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

- 9.1.** Campañas de sensibilización dirigidas al ámbito educativo sobre las situaciones de desamparo y soledad de las personas mayores.

Responsables: Dirección General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia del SEPAD

Consejería de Educación

Consejería de los Jóvenes y del Deporte

Evaluación: N° de campañas publicitarias realizadas sobre maltrato a personas mayores
N° de campañas de sensibilización realizadas en el ámbito comunitario

9.2. Creación del registro de personas mayores que viven solas o en parejas de mayores solos, a través de los Servicios Sociales de Base.

Responsables: Dirección General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia del SEPAD
Consejería de Igualdad y Empleo

Evaluación: Creación de un registro de personas mayores en situación de soledad
N° de personas mayores dependientes que viven solas

9.3. Elaboración de un protocolo de detección precoz de maltrato a las personas mayores, tanto en el ámbito social como en el sanitario, en consonancia con lo establecido en el Servicio 734 de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SES, en su anexo XLVIII.

Responsable: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación: Grado de cobertura del Servicio 734 (Anexo XLVIII) de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SES
N° de personas mayores maltratadas detectadas en el ámbito sanitario

9.4. Seguimiento en su domicilio por parte de los servicios sociales y sanitarios de las personas mayores, priorizando las muy dependientes y en situación de soledad, que deberán estar dotado de teleasistencia domiciliaria que le permita contactar, en situaciones de urgencias y emergencias, con los servicios sociales y sanitarios de atención primaria y con el Servicio de Emergencias 112.

Responsables: Dirección General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia del SEPAD
Centro Coordinador de Urgencias 112 de la CAPH

Evaluación:

N° de personas mayores y dependientes dotadas con teleasistencia

N° de llamadas al CCU del 112 derivadas de la teleasistencia

N° de llamadas al 112 con motivo de denuncia de maltrato a personas mayores

9.5. Seguimiento de la situación personal sociosanitaria (controles de su ó sus patologías en caso de haberlas, vacunaciones, alimentación, etc.), así como el estado en que se encuentra el domicilio en el que viven (accesibilidad, detección de peligros potenciales, etc.), y del entorno del domicilio.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Dirección General de Promoción de la Autonomía y Atención Dependencia del SEPAD

Evaluación: N° de personas atendidas según el Servicio 734 (Anexo XLVIII) de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SES

N° de personas que viven en soledad con seguimiento de patología/s en domicilio

CAPÍTULO V

OBJETIVO 10.- A lo largo del periodo de vigencia del Plan de Salud, se habrán reducido de manera progresiva las tasas de mortalidad y morbilidad por accidentes de tráfico en Extremadura, alcanzándose al final del periodo una reducción, tanto en el número de accidentes de tráfico con víctimas, como en el número de muertos con respecto a las cifras del año 2007.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

10.1. Desarrollo de programas de sensibilización y prevención de accidentes de tráfico, mediante la introducción de educación vial en las actividades de educación para la salud, en los distintos niveles educativos, desde la escuela hasta la Universidad, que incidan en una conducción basada en el respeto a las normas de circulación, uso del casco en los motoristas, uso del cinturón de seguridad en los automóviles, etc.

Responsables: Dirección General de Tráfico
 Consejería de Sanidad y Dependencia
 Servicio Extremeño de Salud
 Consejería de Educación
 Consejería de los Jóvenes y del Deporte
 Secretaría General de Administración Pública e Interior de la CAPH
 Universidad de Extremadura
 Corporaciones locales. FEMPEX

Evaluación:
 Inclusión de la educación vial en educación para la salud
 N° de campañas y/o programas de sensibilización y prevención de accidentes
 N° de cursos de educación vial
 Cobertura de alumnos que se han formado en educación vial

10.2. Campañas de sensibilización y medidas de disuasión, por parte de las instituciones responsables, fundamentalmente del uso del casco, del cinturón de seguridad, del respeto a la velocidad indicada y control de alcoholemia.

Responsables: Dirección General de Tráfico
 Secretaría General de Administración Pública e Interior de la CAPH
 Consejería de Sanidad y Dependencia
 Servicio Extremeño de Salud
 Consejería de Educación
 Consejería de los Jóvenes y del Deporte
 Corporaciones locales. FEMPEX

Evaluación: N° de Campañas y/o programas de sensibilización y prevención de accidentes
 N° de denuncias por no usar cascos, cinturón de seguridad y por exceso de velocidad
 N° de pruebas de alcoholemia y que han dado positivo
 N° de personas denunciadas por conducir sin carnet de conducir
 N° de personas a las que se les ha retirado el carnet de conducir por puntos
 N° de personas que han pasado por cursos de "reeducción"

10.3. Desarrollo de programas específicos sobre los peligros del consumo de alcohol, drogas ilegales y medicamentos, dirigidos fundamentalmente a grupos de mayor riesgo: juventud que asocia el consumo de alcohol y otras drogas con la conducción; personas con problemas de dependencia del alcohol y otras drogas, etc.

Responsables: Dirección General de Tráfico
Secretaría Técnica de Drogodependencias del SES
Consejería de Educación
Consejería de los Jóvenes y del Deporte
Secretaría General de Administración Pública e Interior de la CAPH
Corporaciones locales. FEMPEX

Evaluación: N° de programas realizado a adolescente y jóvenes

10.4. Programas de educación vial dirigido específicamente a las personas mayores, con la finalidad de prevenir accidentes de tráfico, fundamentalmente en las vías urbanas.

Responsables: Dirección General de Tráfico
Dirección General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia del SEPAD
Corporaciones locales. FEMPEX

Evaluación:

N° de cursos o charlas de educación vial dirigida a personas mayores

N° de personas mayores que han participado en los cursos o charlas

10.5. Promoción de la normativa, que exigirá la obligatoriedad del conocimiento de las normas de circulación para los conductores de motos de cualquier potencia.

Responsables: Dirección General de Tráfico
Consejería de Educación

Evaluación: Actividades realizadas para el conocimiento de la normativa y su contenido

10.6. Elaboración y distribución de guías de prevención de los accidentes de tráfico para todos los conductores de Extremadura.

Responsables: Dirección General de Tráfico
Consejería de Sanidad y Dependencia
Consejería de los Jóvenes y del Deporte
Secretaría General de Administración Pública e Interior de la CAPH
Corporaciones locales. FEMPEX

Evaluación: Elaboración de la guía de prevención de accidentes de tráfico
Distribución de la guía de prevención de accidentes de tráfico

10.7. Divulgación de guías sobre los “efectos adversos” de algunos medicamentos y su efecto para la conducción.

Responsables: Dirección General de Tráfico
Consejería de Sanidad y Dependencia

CAPÍTULO V

Secretaría General de Administración Pública e Interior de la CAPH
Servicio Extremeño de Salud

Evaluación: Elaboración de la guía sobre efectos adversos de los medicamentos
Distribución de la guía sobre efectos adversos de los medicamentos

10.8. Actualización permanente de los dispositivos del Sistema de Urgencias y Emergencias Sanitarias (Unidades Medicalizadas Terrestres-Aéreas y Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias 112), en aras de mantener un tiempo (mediana) de respuesta óptimo al accidentado.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Secretaría General de Administración Pública e Interior de la CAPH
Servicio Extremeño de Salud

Evaluación: Grado de cobertura del Sistema de Urgencias y Emergencias
Tiempo de respuesta en atención a los accidentes (mediana)

10.9. Adecuación permanente de los protocolos de actuación para la movilización de recursos de urgencias y emergencias en la atención a los accidentes de tráfico, con mejora permanente de las estructuras y recursos de atención sanitaria (en todos sus niveles tanto de atención primaria y especializada, así como Emergencias 112) encaminados a disminuir los fallecimientos y la morbilidad de los mismos.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Secretaría General de Administración Pública e Interior de la CAPH
Servicio Extremeño de Salud

Evaluación: N° de protocolos actualizados

10.10. Formación continuada de los profesionales que atienden a los accidentes de tráfico, en aras de protocolizar las actuaciones de todos los recursos (Guardia Civil, Policía Local, y Nacional, Bomberos, Cruz Roja, Protección Civil, etc.)

Responsables: Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud de la CSD
Secretaría General de Administración Pública e Interior de la CAPH
Servicio Extremeño de Salud

Evaluación: N° de cursos de formación realizados
N° de profesionales que han realizado los cursos

10.11. Formación de los conductores en cómo actuar ante un accidente de tráfico como primer alertante y primer interviniente en técnicas básicas de RCP o, al menos, de primeros auxilios.

Responsables: Dirección General de Tráfico
Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud de la CSD
Secretaría General de Administración Pública e Interior de la CAPH
Servicio Extremeño de Salud

Evaluación: N° de cursos de formación realizados
N° de personas que han realizado los cursos

10.12. Control e inspección sobre los reconocimientos médicos realizados por compañías privadas para los primeros conductores y para los que lo renuevan.

Responsables: Dirección General de Tráfico
Consejería de Sanidad y Dependencia

Evaluación: N° de inspecciones realizadas
Grado de incumplimiento

10.13. Control e inspección de los vehículos de motor, incluido motocicletas.

Responsable: Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente

Evaluación: N° de vehículos y motocicletas que han pasado la ITV

10.14. Adecuación, señalización y mantenimiento de la red viaria en general, con diseño de vías seguras, y realización de acciones correctoras de los lugares con alta siniestralidad, así como adecuación de las vías para evitar la morbi-mortalidad en los accidentes de motos (con dobles guardarraíles).

Responsables: Consejería de Fomento
Diputaciones Provinciales
Corporaciones locales. FEMPEX

Evaluación: N° de "puntos negros" en carreteras
N° de kilómetros de carreteras con guardarraíles

OBJETIVO 11.- Reducir, durante el período de vigencia del Plan de Salud, los accidentes en el ámbito del hogar y en zonas de recreo y de tiempo libre en grupos de población relevantes (infancia, vejez y colectivo femenino) en al menos un 10% con respecto a los ocurridos durante el año 2004.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

11.1. Actuaciones específicas para fomentar comportamientos saludables de vida en grupos de población susceptibles de padecer accidentes domésticos y de tiempo libre, dirigidos fundamentalmente a niños y personas mayores: desarrollo de programas preventivos en educación para la salud para disminuir el número de accidentes domésticos y de tiempo libre; formación a educadores en el tiempo libre infantil y juvenil; desarrollo de programas preventivos dirigidos a los mayores para evitar o reducir los accidentes domésticos (caídas, quemaduras, incendios, etc.); programas informativos para el aprendizaje de actuaciones correctas en caso de producirse dichos accidentes.

V CAPÍTULO

Responsables: Dirección General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia del SEPAD
Dirección General de Salud Pública del SES
Consejería de Igualdad y Empleo
Consejería de Educación
Consejería de los Jóvenes y del Deporte
Corporaciones locales. FEMPEX

Evaluación: Actividades informativas basadas en la divulgación de guías y folletos que contengan factores de riesgo a tener en cuenta y aquellos lugares de siniestrabilidad donde más frecuentemente se producen dichos accidentes
Nº de programas en medios de difusión destinados hacia el conocimiento de teléfonos de Urgencias y Emergencias y Centro Nacional de Toxicología
Nº de programas preventivos con el objetivo de informar sobre las medidas de seguridad técnicas y legales en diversos lugares de actividad (áreas de ocio, esparcimiento y zonas naturales)

11.2. Actuaciones destinadas al acondicionamiento de los hogares para la ayuda a la accesibilidad, fundamentalmente de personas mayores.

Responsables: Dirección General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia del SEPAD
Consejería de Fomento
Consejería de Igualdad y Empleo
Corporaciones locales. FEMPEX

Evaluación: Nº de acciones destinadas al condicionamiento de los hogares de mayores (ayudas a la accesibilidad: eliminación de barreras arquitectónicas, a la instalación de ascensores, etc.)

11.3. Programas destinados a establecer normas adecuadas en lugares de ocio, esparcimiento y zonas naturales, estableciendo medidas de seguridad técnicas exigibles y legales.

Responsables: Dirección General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia del SEPAD
Consejería de Fomento
Consejería de Igualdad y Empleo
Corporaciones locales. FEMPEX

Evaluación: Nº de normativas destinadas a la adopción de medidas de seguridad
Nº de programas preventivos con el objetivo de informar sobre las medidas de seguridad técnicas y legales en diversos lugares de actividad (áreas de ocio, esparcimiento y zonas naturales)

11.4. Promoción de la formación a profesionales sanitarios, educadores, padres y empleados en el área de la prevención de accidentes domésticos y de tiempo libre.

Responsables: Dirección General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia del SEPAD
Consejería de Educación
Consejería de Igualdad y Empleo
Corporaciones locales. FEMPEX

Evaluación: N° de actividades informativas basadas en la divulgación de guías y folletos que contengan factores de riesgo a tener en cuenta y aquellos lugares de siniestrabilidad donde más frecuentemente se producen dichos accidentes

N° de programas en medios de difusión destinados hacia el conocimiento de teléfonos de Urgencias y Emergencias y Centro Nacional de Toxicología

N° de programas preventivos con el objetivo de informar sobre las medidas de seguridad técnicas y legales en diversos lugares de actividad (áreas de ocio, esparcimiento y zonas naturales)

11.5. Creación de un marco normativo específico para la actividad en zonas de recreo y de tiempo libre.

Responsables: Consejería de Fomento
Dirección General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia del SEPAD
Consejería de los Jóvenes y del Deporte
Corporaciones locales. FEMPEX

Evaluación: Existencia de un marco normativo específico para la actividad en zonas de ocio

11.6. Creación de un registro específico de los accidentes domésticos y de ocio.

Responsable: Consejería de Sanidad y Dependencia

Evaluación: Existencia de un registro de accidentes domésticos y de ocio

CAPÍTULO

6. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS

Las enfermedades respiratorias (agudas y crónicas) constituyen un importante problema de salud en Extremadura debido a la elevada morbilidad que ocasionan en nuestra población, por ser: el primer motivo de consulta en los centros de atención primaria; una de las principales causas de ingreso hospitalario (durante 2006 provocaron 11.722 altas hospitalarias en Extremadura, el 10% del total (INE)); la tercera causa de muerte (durante 2006 dieron lugar a 1.082 defunciones en Extremadura, el 10,45% del total); el cuarto motivo de años potenciales de vida perdidos, con 1.709,5 APVP en 2005, el 5,66% del total; con frecuencia son causa de disminución de la calidad de vida y de discapacidad entre los extremeños.

La importancia de las enfermedades respiratorias se pone de manifiesto en el abordaje que realiza el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* de varias de estas patologías en distintas áreas de intervención. Dentro de ellas se incluyen una serie de enfermedades respiratorias crónicas, entre las que destacan la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el asma y el síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño.

Todas ellas son enfermedades caracterizadas por una prevalencia elevada y con tendencia a aumentar debido, como causas principales, a las aún todavía altas cifras de consumo de tabaco y al elevado y progresivo envejecimiento de la población extremeña, así como al importante aumento de la obesidad durante las últimas décadas y a distintos factores ambientales. Para poder proporcionar una asistencia adecuada de estas enfermedades se precisa una intervención integral, basada en el modelo de calidad y en la gestión por procesos, propiciando así la necesaria continuidad asistencial.

Desde el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* se propugna una atención de calidad frente a las principales enfermedades respiratorias crónicas (ERC), basada en la continuidad asistencial a través de la gestión por procesos; la adecuación de la oferta de servicios con criterios de equidad y accesibilidad a las necesidades de la población y al desarrollo tecnológico, pero considerando lo que es sanitariamente recomendable y económicamente viable; y la potenciación de los sistemas de información, de la formación de los profesionales, de la investigación en este ámbito y de la comunicación entre administración sanitaria y asociaciones regionales de pacientes.

a) ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un proceso patológico que puede prevenirse y tratar, y que se caracteriza por una limitación al flujo aéreo que no

es totalmente reversible. La limitación al flujo aéreo es, generalmente, progresiva y se asocia con una respuesta inflamatoria pulmonar anormal a partículas o a gases nocivos, principalmente causada por el tabaquismo. Aunque la EPOC afecta a los pulmones también puede producir manifestaciones sistémicas importantes. Es preferible emplear el término EPOC en vez de bronquitis crónica o enfisema, porque define mejor la enfermedad obstructiva que se observa en estos enfermos.

Se trata de una patología, que constituye un problema sanitario importante en Extremadura por ser frecuente entre los extremeños mayores de 40 años, aumentando progresivamente su aparición con la edad y el consumo de tabaco (en los últimos años, se está observando un aumento de la EPOC en la mujer, como consecuencia del consumo del tabaco); presenta elevadas cifras de morbimortalidad: se estima una prevalencia en torno a un 9% de la población mayor de 40 años, lo cual origina un gran número de consultas (tanto en atención primaria como en el segundo nivel asistencial), ocasionando durante el año 2006 más de 300 defunciones y más de 1.800 altas hospitalarias en Extremadura (mientras que la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y causas externas, en los últimos años, ha disminuido, la mortalidad por EPOC se ha incrementado); tiene graves repercusiones socio-sanitarias y socioeconómicas: entre otros aspectos es una causa importante de deterioro de la calidad de vida del enfermo y de sus cuidadores (según la OMS, la EPOC ocasiona en España casi el 3% del total de años de vida ajustados por discapacidad -AVAD-, la mitad de ellos causados por discapacidad o mala salud, y la otra mitad por mortalidad prematura), y consume una elevada cifra de recursos sanitarios (estimada por la Iniciativa GOLD en más del 3% del presupuesto total en salud de la Unión Europea), existiendo una relación directa entre la gravedad de la EPOC y los mayores costes socio-sanitarios.

Sin embargo, a pesar de ser una enfermedad muy frecuente, incapacitante y de elevada mortalidad, la EPOC aún resulta poco conocida por la mayor parte de la población extremeña: muchos enfermos creen que sus síntomas (tos crónica, aumento crónico de la producción de esputo y/o sensación crónica y progresiva de dificultad para respirar -llamada disnea-) son “normales” por el hecho de fumar.

También se trata de una patología infradiagnosticada. En el estudio IBERPOC se refleja que hasta un 78% de los pacientes con EPOC permanecen sin diagnosticar, por lo que la mayoría de las personas que la padecen lo ignoran, lo que conlleva a que el diagnóstico se establezca en fases avanzadas y el inicio del tratamiento se retrase.

Por todo ello, un aspecto fundamental en relación con esta enfermedad debe ser la educación de pacientes y personal del SSPE para reconocer que la tos crónica, el aumen-

CAPÍTULO V

to crónico de la producción de esputo y la disnea persistente en personas expuestas al humo del tabaco no son síntomas triviales.

En esta situación, puede haber influido la ausencia, durante bastante tiempo, de una definición y clasificación precisa y aceptada de esta patología. Para intentar solucionar este problema, un grupo internacional de expertos ha puesto en marcha durante los últimos años la “Iniciativa GOLD” (*Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease*, o en castellano, Iniciativa Global para la EPOC). Con ella se ha dado un gran paso adelante para unificar el concepto y los criterios diagnósticos y terapéuticos de esta enfermedad.

En definitiva, la EPOC es una patología que, por sus propias características, requiere una atención individualizada, interdisciplinar e integral, basada en el modelo de calidad y en la gestión por procesos, que propicie la necesaria continuidad asistencial.

Así, durante la atención a esta enfermedad se pueden diferenciar varias etapas:

1. Educación para la salud y prevención (primaria y secundaria): El humo de tabaco es el principal factor de riesgo para la EPOC. Por lo tanto, la gran mayoría de los casos se pueden prevenir evitando la exposición (activa y/o pasiva) al humo del tabaco. En este ámbito, las medidas más coste-efectivas para reducir la morbimortalidad por EPOC son las intervenciones poblacionales, tanto de educación para la salud y de promoción de hábitos saludables, como todas aquellas actuaciones tendentes a lograr el abandono del consumo de tabaco.

2. Diagnóstico precoz: Resulta fundamental que los enfermos con EPOC sean identificados antes de alcanzar las fases terminales de la enfermedad. En este sentido, para detectar la población en riesgo de padecer EPOC se debe emplear una estrategia oportunista, aprovechando los contactos de los individuos con los servicios sanitarios. En todos ellos, se confirme o no el diagnóstico de sospecha, se intensificarán las medidas preventivas, dirigidas sobre todo a lograr el cese del consumo de tabaco.

Según los criterios de la Iniciativa GOLD, debe considerarse el diagnóstico de EPOC en cualquier persona mayor de 40 años que presente antecedentes de consumo de tabaco (o exposición continuada a humos, polvos o sustancias químicas nocivas) y/o tos crónica, aumento crónico de la producción de esputo o disnea persistente.

El diagnóstico de sospecha siempre debe confirmarse por espirometría. La espirometría se obtiene realizando una espiración forzada por el espirómetro, aparato que

mide, entre otros parámetros, la mayor cantidad de aire que el paciente puede expulsar en el primer segundo, después de haber llenado totalmente de aire sus pulmones. No obstante, la calidad de dicha espirometría puede condicionar los resultados, por lo que la formación del personal sanitario en la realización e interpretación de la misma resulta fundamental, y las nuevas tecnologías pueden ser de gran ayuda. Debe garantizarse la equidad y accesibilidad a la realización de la prueba.

3. Tratamiento y seguimiento de la EPOC: en los casos en los que se confirme el diagnóstico de EPOC será necesario procurar una adecuada continuidad asistencial mediante un seguimiento pro-activo y una buena comunicación médico-paciente, que nos facilite individualizar y mejorar el cumplimiento de las medidas preventivas y terapéuticas.

La Iniciativa GOLD establece los objetivos del tratamiento eficaz de la EPOC: prevenir la progresión de la enfermedad, aliviar los síntomas, mejorar el estado general de salud y la tolerancia al ejercicio, prevenir y tratar las complicaciones y las exacerbaciones de la enfermedad, y reducir la mortalidad.

Y para conseguir estos objetivos, determina un plan de tratamiento con los siguientes componentes:

1. Reducción de los factores de riesgo: con intervenciones específicas para conseguir el abandono del consumo de tabaco (pues previene el desarrollo de la EPOC y detiene la progresión de la enfermedad ya establecida), y disminuir el riesgo de los fumadores pasivos.

2. Evaluación y monitorización de la EPOC: para lo cual resulta imprescindible un adecuado diagnóstico de sospecha, posteriormente confirmado mediante espirometría, y un correcto seguimiento de la enfermedad.

3. Tratamiento de la EPOC estable: Debe ser individualizado, basado en la evidencia científica y adecuado al grado de severidad de la enfermedad incluyendo los fármacos que han demostrado su efectividad, el abandono del consumo de tabaco, la rehabilitación respiratoria y la administración de oxígeno durante más 15 horas al día, que en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica, ha demostrado aumento de la supervivencia.

4. Tratamiento de las exacerbaciones: es decir, de los empeoramientos agudos de los síntomas de la EPOC. Sus causas más frecuentes son las infecciones respiratorias. Afectan a la calidad de vida y aumenta la mortalidad. Con el objetivo de prevenir las agudizaciones es importante la vacunación y la formación del paciente, familia y cuidadores. La ventilación no invasiva con presión positiva en el medio hospitalario ha demostrado aumentar la supervivencia de estos enfermos.

CAPÍTULO V

5. Rehabilitación y atención psicosocial: dado el alto grado de dependencia que alcanzan muchos de los pacientes, se trata de abordar, de forma global, la adaptación psicológica y la rehabilitación física y sociolaboral.

Desde el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* se propugna la elaboración y el desarrollo de un Plan Integral de la EPOC, que integre las estrategias necesarias para reducir la incidencia y la morbimortalidad de esta enfermedad en Extremadura.

b) ASMA

El asma es una patología respiratoria crónica y potencialmente grave. Se caracteriza por una inflamación crónica de las vías aéreas en la que juegan un papel destacado determinadas células y mediadores.

Este proceso se asocia con la presencia de hiperrespuesta bronquial que produce episodios recurrentes de pitos (sibilancias), dificultad para respirar (disnea), opresión torácica y tos. Generalmente, estos episodios se asocian con un mayor o menor grado de obstrucción al flujo aéreo a menudo reversible de forma espontánea o con tratamiento.

Se le considera una enfermedad crónica porque produce una inflamación de los bronquios que persiste a lo largo de toda la vida, aún cuando durante diversos periodos de tiempo -más o menos largos- no presente síntomas.

Puede presentarse en personas de todas las edades, tratándose de una patología frecuente en Extremadura, ya que afecta entre el 8 y el 12% de los niños y adolescentes (se trata de la enfermedad crónica más frecuente en la infancia), y al 5% de los adultos, con tendencia a aumentar su frecuencia durante las últimas décadas.

El diagnóstico se basa en los síntomas del paciente y en exploraciones complementarias entre las que destaca la realización de una espirometría. La inespecificidad de los síntomas ocasiona que muchos pacientes permanezcan sin diagnosticar.

Aunque no existen medicamentos que curen definitivamente el asma, sí hay tratamientos que ayudan a prevenir y a controlar las crisis, permitiendo a la mayoría de los enfermos llevar una vida normal y sana si se utilizan correctamente.

Las principales medidas de control del asma son:

I. En el ámbito sanitario, realizar un correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad.

2. Por parte del paciente, se consideran esenciales para lograr el buen control de esta patología: fomentar la educación para la salud y el autocuidado; evitar la exposición a los factores causales y predisponentes (ácaros, pólenes, consumo de algunos fármacos, contaminación ambiental y/o laboral, etc); no fumar y evitar la exposición al humo del tabaco; y seguir correctamente el tratamiento y acudir a la consulta médica y de enfermería cuando corresponda para el correcto seguimiento de su enfermedad, a pesar de que pueda encontrarse bien.

La progresiva aplicación de todas estas medidas propicia una importante disminución de la morbimortalidad asociada al asma y una mejora de la calidad de vida. En este sentido, existe una relación directa entre el mal control de la enfermedad (por tratamiento inadecuado o mal cumplimiento) y su impacto socio sanitario.

c) SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DURANTE EL SUEÑO

El síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño (SAHS) constituye una enfermedad respiratoria crónica y potencialmente grave. Se caracteriza por la presencia de un elevado número de episodios repetidos de obstrucción completa (apneas) o parcial (hipopneas) de la vía respiratoria superior durante el sueño, debido a que las partes blandas de la faringe se colapsan y la ocluyen mientras se duerme, lo que ocasiona un importante descenso del oxígeno sanguíneo y un sueño fragmentado y poco reparador.

Entre los factores favorecedores del SAHS, destacan: la obesidad (la mayoría de los enfermos con SAHS son obesos), las alteraciones del calibre de la vía aérea superior y las malformaciones maxilofaciales. Como factores agravantes de esta enfermedad se han identificado, entre otros, la ingesta de alcohol o sedantes, y el consumo de tabaco.

Es una enfermedad frecuente que afecta al 1-3% de los niños, y al 2-4% de mujeres y 4-6% de varones adultos de edad media, y su prevalencia aumenta claramente con la edad y la obesidad.

Está demostrado que el SAHS está asociado a: cansancio y somnolencia diurna, que imposibilita un correcto rendimiento laboral y social, y aumenta el riesgo de accidentes de tráfico, laborales y domésticos (los pacientes con SAHS tienen entre 7 y 10 veces más riesgo de sufrir un accidente de tráfico que la población general); enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares (alrededor de la mitad de los enfermos con SAHS presenta hipertensión arterial); problemas neuropsiquiátricos (irritabilidad, cambios de la personalidad, etc.); deterioro de la calidad de vida; dificultades de aprendizaje, trastornos de la conducta y del crecimiento. Es decir, el SAHS es una enfermedad que reduce la calidad de vida y aumenta el riesgo de muerte de los enfermos que la padecen.

CAPÍTULO V

El diagnóstico de sospecha en atención primaria resulta fundamental y se basa en los síntomas del paciente (ronquidos, pausas respiratorias y somnolencia); posteriormente se confirma el diagnóstico y se trata en una unidad de sueño. La prueba de referencia para establecer el diagnóstico del SHAS es la polisomnografía nocturna.

El tratamiento se basa en reducir los factores de riesgo más frecuentes (obesidad) y los agravantes (alcohol, fármacos sedantes, privación de sueño y tabaco), así como evitar dormir boca arriba; y en el SAHS moderado-grave se aplica el tratamiento con CPAP (presión continua positiva por vía nasal) durante las horas del sueño. Es el tratamiento más eficaz para eliminar los síntomas de la enfermedad, suprimir las apneas-hipopneas, normalizar la calidad del sueño y evitar las potenciales complicaciones, y se considera la primera línea de tratamiento.

Desde el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, se considera al SAHS un problema de salud pública prioritario por ser una enfermedad muy prevalente, estar asociada a morbilidad cardiovascular y mayor mortalidad, estar infradiagnosticada (se estima que solo el 10% de los casos graves están diagnosticados y tratados) y disponer de un tratamiento muy efectivo. En consecuencia, desde el Sistema Sanitario Público de Extremadura se realizará un esfuerzo dirigido a luchar frente al infradiagnóstico de la misma, fomentando y mejorando la información de esta enfermedad entre la población general y los profesionales sanitarios.

OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

OBJETIVO 12.- Antes de 2011 se llevará a cabo la elaboración y puesta en funcionamiento del Plan Integral de la EPOC en Extremadura.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

12.1. Elaboración del Plan Integral de la EPOC en Extremadura, basándose en los objetivos y estrategias definidos en la Tabla I.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación: Elaboración del Plan Integral de la EPOC en Extremadura

12.2. Creación del Consejo Asesor sobre EPOC de Extremadura.

Responsable: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD

Evaluación: Actividades del Consejo Asesor sobre EPOC de Extremadura

12.3. Implantación progresiva del Plan Integral de la EPOC en todas las áreas de salud del SSPE.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Actividades realizadas para la implantación del Plan Integral de la EPOC en las áreas de salud del SES

OBJETIVO 13.- Reducir el impacto de las enfermedades respiratorias crónicas, impulsando la prevención primaria, el diagnóstico precoz y el tratamiento de las mismas, adecuando los recursos del sistema sanitario con criterios de equidad y accesibilidad, y promoviendo la continuidad asistencial, durante el período 2009-2012.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

13.1. Prevención primaria y secundaria de las ERC y de sus exacerbaciones o recaídas mediante:

- Aprobación y desarrollo del Plan de Prevención, Tratamiento y Control del Tabaquismo de Extremadura.
- Promoción de hábitos saludables entre la población extremeña: abstención tabáquica, medidas de prevención de riesgos laborales, dieta sana y equilibrada, realización de actividad física de forma regular, control del peso, etc.
- Vacunación contra la gripe y la neumonía neumocócica a grupos de riesgo, siguiendo los criterios de inclusión de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SES, recomendados por el Consejo Asesor de Inmunizaciones de Extremadura.
- Fomento de autocuidados del paciente con enfermedad respiratoria crónica.
- Abordaje integral de la obesidad como factor favorecedor del SAHS.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD
Secretaría Técnica de Drogodependencias del SES

Evaluación: Aprobación del Plan de Prevención, Tratamiento y Control del Tabaquismo
Actuaciones desarrolladas a través del Plan de Prevención, Tratamiento y Control del Tabaquismo
Evaluación del servicio de “atención a fumadores y apoyo a la deshabituación del tabaco” de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SES
Actividades de educación para la salud realizadas en Extremadura en el ámbito de la nutrición, el control del peso, la promoción del ejercicio físico y la prevención de riesgos laborales
Evaluación de los servicios de “promoción de hábitos saludables y prevención de la enfermedad en relación con la alimentación” y “educación para la salud a pacientes con patologías crónicas: obesidad” de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SES

CAPÍTULO V

Evaluación de los servicios “vacunación de la gripe” y “vacunación antineumocócica en el adulto” de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SES
Actividades o programas dirigidos a fomentar el autocuidado del paciente con ERC

I3.2. Diagnóstico precoz de las ERC a través de:

- Aumento progresivo de la dotación de equipos de espirometría en atención primaria con disponibilidad para la transmisión telemática de los datos.
- Capacitación progresiva de profesionales sanitarios de atención primaria para la realización e interpretación de espirometrías.
- Dotación de recursos humanos y materiales necesarios para realizar el diagnóstico y tratamiento del SAHS en todas las unidades de neumología de Extremadura (poligrafía y polisomnografía).

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Nº y distribución de espirómetros en atención primaria
Nº de profesionales sanitarios del SSPE formados para la realización de espirometrías
Evaluación del servicio de EPOC de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SES
Nº y dotación de las Unidades de Sueño en Extremadura
Nº de pacientes evaluados en las Unidades de Sueño
Evaluación de la lista de espera diagnóstica del SAHS en Extremadura

I3.3. Potenciación de una atención de calidad frente a las principales ERC, basada en la continuidad asistencial y la equidad y accesibilidad de los enfermos a los recursos necesarios. Para ello se contará con:

- La elaboración e implantación de los procesos asistenciales en el ámbito de las principales ERC, estableciendo vías de comunicación efectivas entre atención primaria y el segundo nivel asistencial.
- El desarrollo de los recursos asistenciales para conseguir un adecuado tratamiento biopsicosocial y seguimiento del paciente.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Procesos asistenciales elaborados e implantados en el ámbito de las principales ERC por áreas de salud
Unidades de Neumología acreditadas por áreas de salud
Unidades de Fisioterapia que realizan fisioterapia respiratoria en Extremadura

I3.4. Desarrollo de la formación, la investigación y los sistemas de información (nuevas tecnologías, como la telemedicina) en el ámbito de las ERC.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Actividades formativas realizadas por el SSPE en el ámbito de las ERC
 Relación de grupos y proyectos de investigación sobre ERC que cuenten con profesionales del SSPE
 Relación de artículos sobre ERC publicados en revistas con factor de impacto que cuenten con profesionales del SSPE
 Porcentaje de proyectos de investigación financiados por el SSPE en el ámbito de las ERC
 Relación de zonas de salud que cuentan con servicio de telemedicina coordinado con el segundo nivel asistencial en relación con las principales ERC

Tabla I

PLAN INTEGRAL DE LA EPOC EN EXTREMADURA

META

Reducir la incidencia y la morbimortalidad por la EPOC en Extremadura, así como mejorar los resultados clínicos y la calidad de vidas de los pacientes

OBJETIVOS Y ACTUACIONES ESTRATÉGICAS

1. Promover la prevención (primaria y secundaria) de la EPOC, potenciando la disminución del consumo de tabaco entre la población extremeña.

- Aprobación y desarrollo del Plan de Prevención, Tratamiento y Control del Tabaquismo.
- Potenciación de la detección y tratamiento para el control del consumo de tabaco a través de la Cartera de Servicios del SSPE.

2. Potenciar la detección precoz de la EPOC en atención primaria, confirmando el diagnóstico de sospecha mediante espirometría.

- Aumento progresivo de la dotación de equipos de espirometría en atención primaria con disponibilidad para la transmisión telemática de los datos, con criterios de equidad y accesibilidad.
- Capacitación progresiva de profesionales sanitarios de atención primaria para la realización e interpretación de espirometrías con criterios de aceptabilidad y reproducibilidad.

3. Promover el adecuado tratamiento y seguimiento de los pacientes con EPOC, favoreciendo la continuidad asistencial y la equidad y accesibilidad de los enfermos a los recursos necesarios.

- Estructuración e implantación del proceso asistencial de la EPOC en las distintas áreas de salud del SES.
- Desarrollo de los recursos asistenciales para conseguir un adecuado tratamiento y seguimiento de la EPOC, de manera efectiva y eficiente.

4. Mejorar los nuevos sistemas de información y desarrollar las nuevas tecnologías (como la telemedicina) en el ámbito de la EPOC.

- Desarrollo de la aplicabilidad de los nuevos sistemas de información en relación con la EPOC.
- Impulso de la telemedicina entre atención primaria y especializada en el ámbito de la EPOC.

5. Impulsar la formación y la investigación en EPOC de los profesionales del Sistema Sanitario Público de Extremadura

- Desarrollo de la formación continuada en EPOC de los profesionales del SSPE para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes, especialmente en el nivel de atención primaria.
- Potenciación de la investigación en EPOC, promoviendo en las convocatorias de proyectos de investigación la inclusión de líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en EPOC.

CAPÍTULO

7. ENFERMEDADES ENDOCRINOMETABÓLICAS

La alta prevalencia y tendencia al aumento de la obesidad y diabetes, así como el déficit de yodo existente en Extremadura y la repercusión importante de la malnutrición hospitalaria, exigen la priorización y desarrollo de estrategias que aborden estas patologías endocrinometabólicas.

Según los datos del INE referidos al año 2006 y con base poblacional del mismo año, la mortalidad registrada en Extremadura por enfermedad endocrina alcanzó una tasa de 32,2 por 100.000 habitantes, siendo mayor en las mujeres (39 por 100.000 mujeres) que en los hombres (25,3 por 100.000 hombres). Del total de defunciones ocurridas por patología endocrina, el 84% tuvieron como causa la diabetes *mellitus*.

Los grandes cambios en el estilo de vida experimentados en los últimos años en nuestra sociedad, han influido drásticamente en el incremento alarmante de la prevalencia de obesidad y diabetes, fundamentalmente la diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2), que provoca que nos encontremos ante un problema de primer orden en salud pública.

En Europa, los factores nutricionales y los estilos de vida sedentarios se han relacionado con casi un tercio de los fallecimientos prematuros a causa de enfermedades cardiovasculares, con un 30 - 40% de los tumores, así como con la osteoporosis y sus complicaciones. Del mismo modo, se ha establecido esta relación con el sobrepeso y la obesidad que, a su vez, se vinculan al desarrollo de DM2, incluso desde edades tempranas de la vida.

Diversos estudios ponen de manifiesto que obesidad y DM2, aparte de compartir factores de riesgo estrechamente relacionados, se distribuyen de forma desigual entre los diferentes grupos socioeconómicos. En los grupos más desfavorecidos social y económicamente, se presenta una mayor prevalencia, mayor frecuencia de los factores relacionados y de las complicaciones crónicas y peor control de estas patologías.

Con referencia a los trastornos por deficiencia de yodo (TDY), las actuaciones de yodoprofilaxis realizadas en Extremadura desde el año 1985 han conseguido que la endemia grado III inicial, puede considerarse actualmente como una endemia leve. Sin embargo, las consecuencias que se derivan de la carencia de yodo sobre el crecimiento y desarrollo humano son tan importantes que aún debe ser considerado como un problema de salud pública. Afectando a todas las edades, las consecuencias más graves surgen en el feto, recién nacido y en el niño.

a) DIABETES

La diabetes constituye uno de los principales problemas de salud en Extremadura por su alta prevalencia y por ser causa directa de muerte, discapacidad y elevados costes sanitarios. El fuerte incremento del número de personas afectadas se atribuye al crecimiento y envejecimiento de la población, a la mayor frecuencia de obesidad, a la falta de ejercicio y a la urbanización.

En diciembre de 2006, la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó una resolución de referencia donde se reconocía la amenaza global de la epidemia de la diabetes. Por primera vez, los gobiernos reconocieron que la diabetes puede ser un peligro para la salud mundial tan grave como algunas enfermedades infecciosas (VIH / sida, tuberculosis y malaria).

Según la Encuesta Nacional de Salud 2003, la prevalencia declarada de diabetes en Extremadura fue del 5,9%, cifra similar a la media nacional, que se situó en el 5,02%.

Como respuesta a una prevalencia que tiende al aumento, la Consejería de Sanidad y Dependencia ha implementado el Plan Integral de Diabetes 2007-2012. Esta iniciativa se ha elaborado en el marco de la Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud, y tiene como objetivo lograr el mejor abordaje de la enfermedad mediante una estrategia global que integra actuaciones de adecuación y mejora de la organización y prestaciones sanitarias, actuaciones para la promoción de hábitos saludables y prevención de la diabetes, optimización de la atención a las personas con diabetes e impulso de la formación e investigación en este campo. Tiene como fin último mejorar la calidad y esperanza de vida de las personas con diabetes, evitar o disminuir las complicaciones por esta patología y procurar el descenso de sus costes directos e indirectos.

b) OBESIDAD

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial fruto de la interacción entre genotipo y ambiente. Afecta a un elevado porcentaje de la población de países desarrollados, abarcando todas las edades, sexos y condiciones sociales.

Se ha convertido en la segunda causa de mortalidad prematura y evitable, después del tabaco, al incrementar el riesgo de diabetes, enfermedades cardiovasculares, ciertos tipos de cáncer y otras enfermedades altamente prevalentes. En las últimas décadas está adquiriendo dimensiones epidémicas, tanto por el alarmante incremento de su prevalencia como por el importante impacto que tiene sobre las enfermedades crónicas, la calidad de vida y el gasto sanitario.

CAPÍTULO V

Los datos de la OMS reflejan que actualmente, unos 300 millones de adultos en el mundo son obesos, y en países como los Estados Unidos de América y Reino Unido se alcanzan cifras de más del 20% entre sus ciudadanos. En cuanto a la obesidad infantil, los estudios reflejan que son los países de la región mediterránea, junto con USA y Reino Unido, los que presentan tasas más altas.

En España, según el estudio DORICA, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en población adulta se estima en un 39,2% y un 15,5% respectivamente. Esto significa que un 54,7% de la población española comprendida entre los 25 y 64 años superan el peso recomendable.

Además, la obesidad mórbida crece de forma alarmante. Según datos de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), el 1% de la población española sufre esta enfermedad, cuya solución para mejorar la calidad de vida es la cirugía bariátrica.

La obesidad infantil y juvenil afecta al 13,9% de los españoles de 2 a 24 años, y otro 12,4% tiene sobrepeso, lo que significa que un 26,3% está muy por encima de su peso, según los resultados del estudio EnKid, situando a España entre los países europeos con mayor prevalencia, sólo superada por Grecia, Malta e Italia.

En estos años precedentes, los nuevos estilos de vida más sedentarios y el cambio en los hábitos alimentarios han alejado a la población española general, y en particular a niños y jóvenes, de los beneficios y virtudes de la dieta mediterránea. Datos del estudio DRECE ponen de manifiesto el incremento de la prevalencia en la población 14 años, que ha pasado de un 17,4% en 1992, a un 24% en 2006.

Según la Encuesta de Salud de Extremadura 2005, el 45,2% de los extremeños mayores de 16 años encuentran su peso mayor de lo normal, y el 12,5% de padres, madres o tutores creen que el peso de sus hijos con relación a la altura es bastante mayor o algo mayor de lo normal.

c) TRASTORNOS POR DEFICIENCIA DEL YODO (TDY)

Se habla de bocio endémico cuando un 10% o más de la población general de una zona se ve afectada. Sin embargo, más importante que esta entidad en sí, es el hecho de estar asociada epidemiológicamente al cretinismo y a la deficiencia mental. Por ello, se utiliza el término TDY para referirse al abanico de efectos causados por la carencia de yodo sobre el crecimiento y desarrollo humano.

El TDY afecta a individuos de todas las edades, pero las consecuencias más graves aparecen en el feto, recién nacido y en el niño, ya que produce disminución del cociente

intelectual cuando esta carencia es moderada o leve, y trastornos neurológicos y retraso mental, cuando la carencia es grave.

Las consecuencias más graves aparecen cuando la deficiencia de yodo se da en la primera mitad del embarazo, ya que es en esta etapa cuando tiene lugar la formación, desarrollo y maduración del cerebro del feto, el cual depende en exclusiva de las hormonas tiroideas maternas. La hipotiroxinemia materna, que no va acompañada de elevación de la TSH, repercute de forma negativa en el desarrollo cerebral y auditivo del feto.

Actualmente se sabe que en algunas poblaciones con una suficiente ingesta de yodo, es decir, con una prevalencia de bocio inferior al 5% en sus escolares y una mediana de yoduria superior a 100 µg/l, puede darse una deficiencia de yodo en la mujer gestante.

En Extremadura, se detectan zonas donde el bocio es frecuente, y se admite que el factor causal más importante es la ingesta insuficiente de yodo en la dieta. Desde la década de los ochenta, la Consejería de Sanidad viene desarrollando el Subprograma de Prevención del Bocio Endémico, mediante el cual, junto a otras medidas de prevención, se ha distribuido sal yodada a todos los comedores escolares de la Comunidad y a las industrias panaderas de todas las zonas endémicas. Pero la evidencia actual muestra que, además de las medidas adoptadas durante estos años, es preciso implementar medidas que aseguren una adecuada ingesta de yodo en la mujer embarazada, incluso antes de la concepción, con el objetivo de que las hormonas maternas lleguen en cantidades óptimas al embrión y feto, asegurándose así un desarrollo normal de los tejidos.

Un estudio realizado en zonas de grave deficiencia de yodo, como la Comarca de Las Hurdes Altas, se ha extendido ahora a toda Extremadura. Se está terminando la recogida de los datos analíticos obtenidos en orina y suero de unas 800 mujeres embarazadas escogidas por criterios epidemiológicos como representativas de zonas urbanas y rurales, tanto de Cáceres como de Badajoz. Los datos preliminares muestran que un 40 % de ellas ingiere menos de la mitad de la cantidad recomendada. Como consecuencia, durante el primer trimestre no han podido aumentar los niveles de T4 libre circulante, al contrario de lo que ocurre en mujeres con ingesta adecuada. Esto puede tener consecuencias negativas para el desarrollo mental del feto.

d) MALNUTRICIÓN HOSPITALARIA

La malnutrición hospitalaria afecta a una proporción variable según los servicios, patologías y órganos afectados. Se ha demostrado desde hace décadas que la existencia de malnutrición puede tener efectos letales sobre los usuarios, además de

CAPÍTULO V

incrementar las complicaciones durante la hospitalización (infecciones), la estancia hospitalaria y otros efectos adversos. Una intervención nutricional adecuada disminuye la estancia y la necesidad de reintervenciones en los pacientes quirúrgicos.

El 12 de noviembre de 2003, el Comité de Ministros del Consejo de Europa aprobó la Resolución ResAP (2003)3 sobre Alimentación y Atención Nutricional en Hospitales, que indica a los Gobiernos firmantes, entre ellos España, recomendaciones sobre la monitorización del riesgo nutricional.

La gravedad del problema radica en la incidencia de mortalidad y complicaciones de los pacientes mal nutridos durante su hospitalización. El diagnóstico precoz de malnutrición y el soporte nutricional específico son eficaces para evitar complicaciones y disminuir las estancias hospitalarias. La instauración de programas de cribado de malnutrición en la totalidad de pacientes hospitalizados es factible.

Desde el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* se propugna la creación de unidades de nutrición en todas las áreas de salud, la conexión de las mismas con los Servicios de Admisión y Laboratorio, y la dotación de las herramientas informáticas necesarias para su eficiente funcionamiento, de conformidad con lo establecido en la Resolución citada y en el presente Plan de Salud.

OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

OBJETIVO 14. – Al finalizar el 2012, se habrá implantado y desarrollado el Plan Integral de Diabetes 2007-2012 de Extremadura (PIDIA).

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

14.1. Coordinación entre las distintas unidades administrativas y entidades responsables de la implementación de las líneas de actuación previstas en el PIDIA.

Responsable: Dirección Gerencia del SES

Evaluación: Existencia del Comité Técnico para el Plan Integral de Diabetes 2007-2012 y de responsables del Plan en las áreas de salud y en las zonas de salud del SES

14.2. Implantación progresiva de las líneas de actuación del PIDIA en todas las áreas de salud.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Servicio Extremeño de Salud

Evaluación: Grado de implantación del Plan Integral de Diabetes en las áreas de salud del SES

I 4.3. Evaluación, en 2012, del cumplimiento de los objetivos del PIDIA, abarcando la ejecución, efectividad y pertinencia del mismo, así como los resultados de las líneas de actuación propuestas.

Responsable: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD

Evaluación: Existencia de un informe de evaluación del Plan Integral de Diabetes 2007-2012

I 4.4. Impulso de la actividad del Consejo Asesor sobre Diabetes de Extremadura.

Responsable: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD

Evaluación: Actividades realizadas por el Consejo Asesor sobre Diabetes de Extremadura

OBJETIVO 15.- Al finalizar el 2012, se habrán desarrollado medidas encaminadas al adecuado abordaje preventivo y terapéutico de la obesidad en Extremadura.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

I 5.1. Campañas de sensibilización de la población general para la promoción de la práctica regular de actividad física y la promoción de una alimentación saludable, utilizando especialmente los medios de comunicación audiovisuales.

Responsables: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD
Dirección Gerencia del SES
Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación: N° de campañas realizadas/año

I 5.2 Formación continuada sobre alimentación saludable y actividad física para los profesionales sanitarios de atención primaria, con especial referencia a los profesionales de enfermería.

Responsable: Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud de la CSD

Evaluación: N° de cursos de formación realizados

I 5.3 Mantenimiento del programa “El Ejercicio Te Cuida” como herramienta para el fomento de estilos de vida saludables en la población con factores de riesgo cardiovascular.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Consejería de los Jóvenes y del Deporte
Dirección Gerencia del SES
Universidad de Extremadura

Evaluación: N° de poblaciones que participan en el programa
N° de personas incluidas en el programa

CAPÍTULO V

15.4 Promoción de los estilos de vida saludables que prevengan la obesidad, a través de la Red Extremeña de Ciudades Saludables y Sostenibles.

Responsables: Red Extremeña de Ciudades Saludable y Sostenibles
Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación: N° de actividades realizadas

15.5 Diagnóstico y tratamiento adecuado de la obesidad mórbida, a través de una atención multidisciplinar e interdisciplinar.

Responsable: Dirección Gerencia del SES

Evaluación: Existencia de una atención multidisciplinar e interdisciplinar de la obesidad mórbida

OBJETIVO 16.- Al finalizar el 2012, habrán disminuido los problemas relacionados con la deficiencia de yodo mediante la ingesta adecuada de yodo.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

16.1 Desarrollo de campañas, con carácter continuo, para la promoción y potenciación del consumo universal de sal yodada en los hogares de Extremadura (por encima de 125-200 $\mu\text{g}/\text{día}$).

Responsable: Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación: N° de campañas realizadas

16.2 Instauración de acuerdos con el sector alimentario para la disponibilidad de sal yodada en los establecimientos comerciales.

Responsable: Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación: Existencia de acuerdos con el sector alimentario

16.3 Desarrollo de campañas de información y elaboración de documentos informativos para profesionales sanitarios que trabajan en el ámbito de la salud de la mujer y la primera infancia, con el objeto de divulgar:

- Consecuencias de la yododeficiencia.
- Pertinencia de la suplementación de yodo en las mujeres en edad fértil en las consultas preconcepcionales y en aquellas en situaciones de embarazo y lactancia.
- Erradicación total en los centros sanitarios del uso de antisépticos yodados en gestantes, puérperas y recién nacidos, por sus efectos yatrogénicos.

Responsable: Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación: Existencia y n° de campañas y documentos informativos

16.4 Inclusión de la suplementación de yodo en el proceso asistencial específico de atención al embarazo, parto y puerperio (por encima de 300 µg/día).

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación: Existencia de documentos informativos sobre la suplementación de yodo en embarazo, puerperio y lactancia
Nº de historias clínicas con registro de la indicación de suplementación de yodo en embarazo, puerperio y lactancia

16.5 Impulso de la actividad del Consejo Asesor de Bocio Endémico para el seguimiento de la eficacia de las medidas implantadas.

Responsable: Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación: Nº de reuniones anuales y nº de acuerdos alcanzados

OBJETIVO 17.- Al finalizar el 2012, estarán operativos programas de cribado de malnutrición hospitalaria en todos los hospitales del Servicio Extremeño de Salud.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

17.1 Creación de unidades de nutrición clínica y dietética en todas las áreas de salud, en las que se abordará, entre otras funciones, la malnutrición hospitalaria.

Responsable: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación: Existencia de unidades de nutrición clínica y dietética

17.2. Implantación de programas de cribado de malnutrición, en el marco de la Resolución del Comité de Ministros del Consejo de Europa ResAP (2003), en los centros hospitalarios de todas las áreas de salud.

Responsable: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación: Existencia del programa de cribado de malnutrición hospitalaria
Nº de pacientes evaluados con el método de cribado

CAPÍTULO 8. ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Actualmente, la mayor mortalidad infantil y los índices más elevados de muerte por infecciones recaen en los más desfavorecidos, pudiendo constatarse que mientras en el Tercer Mundo un tercio de las muertes son debidas a enfermedades infecciosas en situaciones de pobreza, en el mundo desarrollado son las enfermedades crónicas las que producen mayor mortalidad.

Sin embargo, y a pesar de todos los avances tecnológicos, en los países desarrollados las enfermedades infecciosas siguen siendo un tema de suma importancia en el ámbito de la Salud Pública. Factores ambientales y sociales han tenido un efecto muy importante en la aparición de nuevas enfermedades o en la reemergencia de otras, y también en los problemas de resistencias frente a los antibióticos. A escala mundial, condiciones demográficas, como el envejecimiento de las poblaciones, el incremento de la pobreza y las migraciones, los cambios ambientales, con la extensión de artrópodos vectores, las condiciones higiénicas y los estilos de vida, así como el consumo de drogas, han supuesto un incremento de la susceptibilidad frente a las infecciones.

En Europa, todos estos factores han condicionado el resurgimiento de determinadas enfermedades infecciosas. Así, la tuberculosis (TB), es actualmente una de las enfermedades infecciosas más frecuentes en la región europea, con 2 millones de personas infectadas. El incremento de resistencias a los tratamientos así como la asociación existente entre la tuberculosis, que continúa siendo una epidemia en países en vías de desarrollo, y la infección por VIH/sida, han condicionado, entre otros factores, el aumento de esta enfermedad en el continente europeo.

Ante esta situación, los esfuerzos en el control de las enfermedades infecciosas, deben ir encaminados hacia el freno de las mismas, en el lugar de origen, mediante sistemas eficaces de prevención, detección y evaluación de las emergencias. La coordinación sanitaria internacional en este sentido es fundamental. Igualmente, resulta necesario estimular la investigación aplicada y conseguir nuevas vacunas para hacer frente a estos retos.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en España, en el año 2006, se produjeron 7.198 defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias, lo que representa el 1,94% del total de la mortalidad a escala nacional.

Respecto a Extremadura, la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias en el año 2006 supuso el 1,85% de todas las defunciones, con 192 fallecimientos por esta causa. La mortalidad por este grupo de enfermedades aumenta con la edad, espe-

cialmente a partir del grupo de 65 a 79 años, siendo prácticamente nula en niños y jóvenes menores de 25 años.

Si consideramos los años potenciales de vida perdidos, las enfermedades infecciosas son la 8ª causa en importancia en Extremadura en ambos géneros, por detrás de los tumores, las causas externas, las enfermedades del sistema circulatorio, las del sistema respiratorio, las del sistema digestivo, enfermedades no clasificadas y enfermedades del sistema nervioso.

Los brotes epidémicos a destacar en Extremadura son: infección/intoxicación alimentaria, tuberculosis respiratoria, gastroenteritis, meningitis víricas y brucelosis.

Por su importancia creciente, merece hacer una referencia a la población inmigrante. A grandes rasgos, en Extremadura, según datos del INE, en 2006, los 3 primeros países de procedencia fueron: Rumanía con 1.171 (18,98 %), Marruecos con 954 (15,46 %) y Brasil con 551 (8,93 %). En total, en 2006, inmigraron a Extremadura 6.170 personas, procedentes de países muy diversos. Desde 1997 a 2006, ambos inclusive, inmigraron a Extremadura un total de 27.322 personas, siendo la tendencia ascendente año tras año, de forma continuada. En 2006, según datos del INE, existían en Extremadura un total de 27.467 extranjeros (14.566 en Badajoz y 12.901 en Cáceres), lo que representa un 2,53 % de la población. Aproximadamente un 50 % de ellos proceden de África, fundamentalmente de Marruecos. Otros grupos importantes son ciudadanos procedentes del Este de Europa e Hispanoamérica.

Consciente de la importancia del problema que suponen las enfermedades infecciosas, la Junta de Extremadura lleva a cabo programas de intervención frente a estas enfermedades, como vacunaciones, vigilancia de la calidad de las aguas de consumo, higiene de los alimentos, control de las zoonosis, educación para la salud, etc.; que sin duda han tenido y están teniendo un impacto notable en su control.

Junto a los objetivos y líneas de actuación recogidos en esta área de intervención, deben tenerse en cuenta los contemplados en otras, particularmente los enunciados en las áreas de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, Seguimiento y Control del Estado de Salud (Salud Infantil y del Adolescente, Salud de la Mujer, Salud del Adulto y Salud del Mayor), Salud Medioambiental, Zoonosis, Seguridad Alimentaria y Consumo Saludable, Salud Laboral y Gestión del Conocimiento.

a) ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

Las vacunas han supuesto para las poblaciones una medida fundamental en la reducción de la incidencia y la morbimortalidad causadas por las enfermedades contra las

CAPÍTULO V

que protegen. Son una de las medidas de mayor impacto en beneficios para la salud, comparables sólo con la cloración del agua y con la aparición de los antibióticos. Destaca su papel en la erradicación de enfermedades transmisibles a escala mundial (viruela), o en el ámbito nacional o regional (difteria, sarampión, poliomielitis).

La vacunas representan una herramienta eficaz y efectiva, que ha contribuido decisivamente a la mejora de la salud de la comunidad, así como una de las actividades sanitarias de más alta rentabilidad. Para potenciar estos efectos, es necesario conseguir la mayor cobertura vacunal posible en la población, objetivo que precisa de la implicación no sólo de las autoridades y profesionales sanitarios, sino también, y especialmente, de la participación de la población a la que van dirigidas. En este sentido, la educación para la salud y el impulso de la participación comunitaria en salud, entre otros aspectos, juega un papel fundamental.

En Extremadura, sigue siendo un objetivo prioritario la reducción de la morbimortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, mediante la actualización periódica del Calendario de Vacunaciones Sistemáticas y la aplicación de vacunaciones sistemáticas de forma universal y gratuita a toda la población. El Calendario de Vacunaciones Sistemáticas ha ido actualizándose y ampliándose progresivamente mediante la inclusión de nuevas inmunizaciones. Durante el periodo de vigencia del anterior Plan de Salud, se produjeron las siguientes modificaciones:

En el año 2005 se introdujo la vacuna frente a la varicela (Decreto 231/2005, de 11 de octubre), mediante la administración de una sola dosis a los 10 años de edad para aquellos que no hubieran sido vacunados previamente y que manifestaran no haber pasado la enfermedad.

El 1 de octubre de 2006 entró en vigor el Calendario Íntegro de Vacunaciones de la Comunidad Autónoma de Extremadura (Decreto 161/2006 de 6 de septiembre). El mismo incluye el Calendario de Vacunaciones Sistemáticas Infantiles, el Calendario del Niño Mal Vacunado y el Calendario de Vacunaciones Sistemáticas del Adulto. Entre las vacunas que se administran a población infantil de forma sistemática, el nuevo Calendario modifica la pauta de inmunización frente a meningococo C, administrando la 3ª dosis a los 15 meses de edad. El Calendario del Adulto establece como novedad la vacunación frente a la varicela en adultos susceptibles, desde los 18 a los 65 años.

Por último, con la aprobación del Decreto 23/2008, de 22 de febrero, se actualiza el contenido del Calendario Sistemático de Vacunaciones Infantiles, introduciendo la vacuna frente al virus del papiloma humano para las niñas de 14 años de edad, y eliminando la dosis de los 6 años de edad en la pauta de inmunización frente a poliomielitis.

CAPÍTULO

Se ha realizado un importante esfuerzo en formación acreditada en vacunas de alta calidad y actualización de conocimientos de los profesionales del Sistema Sanitario Público de Extremadura, especialmente de enfermería, farmacia y medicina, y para la población se ha realizado promoción de las ventajas de las inmunizaciones a la población general y de algunas de ellas (gripe, virus del papiloma humano, varicela), a población de riesgo lo que, sin duda, ha contribuido a la optimización del Programa de Vacunaciones.

Ello ha contribuido a conseguir elevadas coberturas vacunales para todas las vacunas y todas las dosis, habiendo superado el 90 % en todos los casos en primovacunación y, en su mayoría, el 95 %. En las dosis de recuerdo se obtienen coberturas ligeramente más bajas. Estos resultados reflejan una elevada concienciación de la población y de los profesionales sanitarios sobre los beneficios e importancia de las inmunizaciones.

Esta amplia cobertura vacunal se traduce en un descenso notable de las enfermedades infecciosas inmunoprevenibles. Su evolución epidemiológica en Extremadura, podemos resumirla como sigue:

- Tétanos y Difteria: ausencia de casos de tétanos desde 1998, excepto un caso en 2001 y otro en 2004. Sin casos de difteria.
- Tos ferina: disminución brusca y mantenida, llegando a un número muy bajo de casos. Así, en el año 2007 se registraron 2 casos.
- Enfermedad Meningocócica: su evolución desde el año 2000 ha sido hacia el descenso, con 20 casos registrados en esa fecha y 7 en el año 2007.
- Sarampión: su incidencia se sitúa en torno a cero, no habiéndose registrado ningún caso en 2007.
- Rubéola y Parotiditis: la situación actual de la rubéola es muy parecida a la del sarampión, con sólo 2 casos en 2007. En cuanto a la parotiditis, cabe destacar un aumento en el número de casos debido a un brote ocurrido en 2005-2006.

b) VIH/SIDA

El virus de la inmunodeficiencia humana es el virus que causa el sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). Es diferente a la mayoría de los virus, ya que ataca el sistema inmunitario, que es el que permite al organismo combatir las infecciones. La gran capacidad de mutación y escape que presenta el virus, hace que el sistema inmune resulte incapaz de vencer la infección a través de la producción de anticuerpos y de la utilización del sistema celular. El sida representa la etapa más avanzada de la infección por VIH. Es posible que una persona infectada por este virus tarde varios años en alcanzar esta etapa, aún sin recibir tratamiento. Su transmisión se produce principalmente a través de fluidos corporales (sangre, semen, secreciones vaginales), así como a través de la denominada vía vertical (materno-fetal). Actualmente, la infec-

CAPÍTULO V

ción por VIH puede ser tratada con medicamentos para mejorar la calidad de vida y prolongar la vida del paciente. Los medicamentos sirven para disminuir la carga viral, recuperar los linfocitos CD-4 y disminuir el riesgo de infecciones oportunistas y de tumores asociados a sida (sarcoma de Kaposi, linfoma no Hodgkin, etc.), pero no eliminan la infección por VIH ni curan el sida, siendo la prevención y el control de la enfermedad el arma principal para luchar contra ella.

La infección por el VIH se ha expandido por el mundo generando una pandemia de grandes proporciones que ha afectado gravemente a numerosos países, debido a su repercusión a nivel demográfico, económico, sanitario y social. Desde que se describieron los primeros casos de esta enfermedad, la infección por VIH ha representado uno de los principales objetivos de los múltiples organismos, instituciones y organizaciones implicados en su prevención y control, habiéndose conseguido enormes avances.

La situación sobre la epidemia mundial de sida, según ONUSIDA, pone de manifiesto que han disminuido las nuevas infecciones por el VIH y los fallecimientos por el sida, pero que la epidemia no cesa en ninguna parte del mundo. Actualmente se estima que hay 33 millones de personas que viven con el VIH, y que en el 2007 se infectaron por el mismo 2,7 millones y fallecieron como consecuencia del sida 2 millones. Hay que seguir trabajando y avanzando en la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH siendo un paso importante en la dirección de una respuesta eficaz y sostenible frente al VIH.

En España, la transmisión del VIH tuvo su punto álgido al final de la década de 1980 e inicio de la de 1990, observándose desde entonces un descenso sostenido del número de nuevos diagnósticos, así como de la mortalidad y de nuevos casos de sida. A finales de 2006 el número estimado de personas infectadas oscilaba entre 120.000 y 150.000, aunque probablemente en torno al 30% no lo sabían. La tasa media global de nuevos diagnósticos por millón de habitantes fue de 77,97 en el periodo 2003-2006. La transmisión del VIH por vía parenteral, aunque sigue siendo elevada, ya no es la más importante, y ha cedido su lugar a la transmisión sexual, siendo dentro de esta categoría la transmisión heterosexual la más frecuente.

La situación en Extremadura es similar a la del resto del país, en lo que se refiere al descenso del número de diagnósticos desde los años 90 en adelante. Según datos del Sistema de Información de Nuevas Infecciones por VIH (SINVIH), desde el año 2001 hasta junio de 2008, se han notificado un total de 228 casos de nuevas infecciones por VIH, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 21,54 por cien mil habitantes. La categoría de transmisión más frecuente es por consumo de drogas con sustancias o material contaminados, seguida de la heterosexual.

A pesar de la evolución favorable de la epidemia de VIH desde mediados de la década de los 90, la situación se ha hecho más compleja por la introducción de los tratamientos antirretrovirales, los cambios en la transmisión de la enfermedad y la llegada de personas de otros países muy heterogéneos, tanto socialmente como en cuanto a los patrones de transmisión del virus. En este sentido, cabe destacar que las personas originarias de otros países representan actualmente un tercio de los nuevos diagnósticos de infección por VIH.

En la actualidad persisten retos importantes, siendo necesario implantar y reforzar actuaciones efectivas que pongan a disposición de la población el mayor número de recursos posibles con el fin de fomentar la prevención del VIH/sida, contribuyendo a promover hábitos saludables, el acceso a las medidas preventivas, la detección de prácticas de riesgo y modificación de éstas, la oferta de la prueba VIH y el acceso a la misma, así como la atención integral al paciente VIH/sida y su entorno, actuando desde el tratamiento precoz hasta medidas de reincorporación.

La prevención y control de la infección del VIH y el sida implica actuaciones que se adecuen a las circunstancias actuales, y adaptación de los sistemas de información a la nueva realidad.

Sigue siendo prioritaria la acción coordinada de todos aquellos sectores implicados, así como el mantenimiento de una estructura de coordinación, en la cual se trabaje en una estrategia amplia que vincule la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo prolongado, unificando criterios y evitando mensajes contradictorios relacionados con la prevención y control de la infección por VIH y el sida.

c) HEPATITIS VÍRICAS

La importancia sanitaria, social y económica de estas infecciones viene determinada por varios factores: representan la principal causa de enfermedad hepática aguda y crónica; afectan más a la población en los primeros años de vida (infancia), aunque también a otras etapas de la vida (adolescencia, juventud, madurez), sin olvidarnos de aquellas poblaciones especialmente vulnerables; algunas de ellas (hepatitis B, C y D) pueden evolucionar a la cronicidad y se asocian en ocasiones a la aparición de cáncer primario de hígado; los costes que se producen derivados del absentismo laboral, de la hospitalización y tratamiento.

Hasta ahora se conocen diversos tipos de hepatitis víricas en relación con los virus hepatotropos conocidos. Las principales son la hepatitis A, B, C, D y E. El control y prevención de estas infecciones incluye un conjunto de actuaciones llevadas a cabo

CAPÍTULO V

sobre los diferentes componentes de la cadena de transmisión: diagnóstico y tratamiento precoz de los individuos enfermos y portadores; educación para la salud sobre medidas de control y de higiene personal a los portadores y sus contactos, así como a todas las personas con riesgo de infectarse; administración de vacunas, siendo ésta en el caso de la hepatitis B una de las principales estrategias para su prevención y control. Además, la vigilancia epidemiológica y los sistemas de registro resultan fundamentales en el control de la transmisión.

Los mecanismos de transmisión y las situaciones de riesgo elevado de contraer hepatitis víricas están bien definidos. La transmisión del virus de la hepatitis A es, por lo general, consecuencia de una higiene deficiente. Las epidemias que se propagan a través del agua y de los alimentos son frecuentes, especialmente en los países en desarrollo. A veces la causa es la ingestión de mariscos crudos contaminados. También son frecuentes los casos aislados, en general originados por el contacto de persona a persona. La mayoría de las infecciones por hepatitis A no causan síntomas y pasan desapercibidas. El virus de la hepatitis E causa epidemias ocasionales, similares a las causadas por el virus de la hepatitis A. En Europa no hay casos de hepatitis E, salvo de forma esporádica, como consecuencia de movimientos migratorios o de viajes.

En el caso del virus de la hepatitis B (VHB) las vías de transmisión más importantes en la actualidad son la parenteral y la sexual. Por lo general, la transmisión se produce entre usuarios de drogas inyectadas que comparten las jeringas y también en situaciones de prácticas de sexo no seguro. La convivencia con portadores crónicos del virus y el internamiento en instituciones cerradas, especialmente los centros penitenciarios, son también situaciones de riesgo. Los profesionales sanitarios han reducido enormemente el riesgo debido a los intensos programas de vacunación, así como a la adopción de las medidas de protección universal. La transmisión a través de transfusiones sanguíneas está muy controlada en la actualidad, siendo excepcional en nuestro medio. El virus de la hepatitis B puede producir hepatitis crónica, cirrosis hepática y cáncer de hígado.

La hepatitis D se manifiesta únicamente como una coinfección con la hepatitis B, ya que el virus de la hepatitis D precisa del VHB para producir infección. En España afecta casi exclusivamente a usuarios de drogas por vía parenteral.

La infección por el virus de la hepatitis C es la más prevalente actualmente en los países desarrollados, ya que las hepatitis A y B van controlándose gracias a la instauración de medidas concretas. En España su transmisión, por transfusiones de sangre, ha disminuido drásticamente ya que la determinación de marcadores del virus en las donaciones de sangre es obligatoria desde hace muchos años. En numerosos casos no es posible identificar claramente la vía de transmisión, aunque los dos factores de

riesgo más frecuentes son el uso de drogas por vía parenteral y las prácticas sexuales de riesgo. Es causa de la mayor parte de hepatitis crónicas, cirrosis hepáticas y carcinomas hepáticos. Sin embargo, un importante porcentaje de casos son asintomáticos. Todos estos factores hacen de la hepatitis C un problema sanitario de enorme magnitud, problema que se ve aumentado por la coinfección por VIH.

En Extremadura, el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) incluye las categorías de hepatitis A, hepatitis B y “otras hepatitis víricas”. La evolución de la hepatitis B se mantiene estable en el periodo 2000-2005, observándose un ligero incremento a partir de entonces (años 2006 y 2007). En cuanto a hepatitis A, a partir del año 2004 se advierte un aumento en el número de casos, destacando tres brotes ocurridos en 2005 y otro en 2007.

d) INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un conjunto de procesos infecciosos causados por un grupo heterogéneo de agentes patógenos (bacterias y virus, principalmente), que se agrupan bajo un mismo epígrafe debido a que se adquieren principalmente a través del contacto sexual.

La uretritis inespecífica, la tricomoniasis, las infecciones por clamidias, el herpes y las verrugas genitales y anorrectales, así como la sarna, la pediculosis del pubis y el *molluscum contagiosum*, son probablemente más frecuentes que las cinco enfermedades venéreas definidas históricamente: sífilis, gonorrea, chancro blando, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal. Puesto que estas últimas ITS se declaran de forma más regular a los sistemas de vigilancia epidemiológica existentes, su incidencia resulta menos desconocida, no ocurriendo esto con las primeras.

Afectan a los hombres y las mujeres de todos los niveles económicos y sociales, aunque hay grupos de población en los que la transmisión de estas enfermedades adquiere especial relevancia debido a su conducta sexual: personas con múltiples relaciones sexuales no protegidas, personas que ejercen la prostitución y usuarios de drogas. Muchas veces son personas infectadas que propagan la enfermedad de manera crónica, tienen una actividad sexual elevada y presentan carencias en la atención sanitaria. Sería necesario realizar actividades de control de ITS entre las personas que ejercen la prostitución.

Los problemas de salud causados por las ITS tienden a ser más graves para las mujeres que para los hombres. Así, enfermedades como las infecciones por clamidia o por gonococo son causa de enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico e infertilidad. Además, una mujer embarazada puede transmitir la infección a su recién nacido en el momento del parto (clamidia, VIH, sífilis, etc.).

CAPÍTULO V

Especial mención merece la infección por el virus del papiloma humano, identificado como una de las causas más comunes de ITS en el mundo. Existen más de 100 tipos de VPH y, aproximadamente un tercio de ellos, se transmiten a través del contacto sexual y viven solamente en el tejido genital. Los tipos denominados “de bajo riesgo” (para producir cáncer) causan verrugas genitales: fundamentalmente los tipos 6 y 11. Los tipos denominados “de alto riesgo” causan cáncer de cuello de útero y otros cánceres genitales: principalmente los tipos 16 y 18. Esta situación se complica si tenemos en cuenta que el VPH causa generalmente una infección sin síntomas visibles.

La prevención es la mejor herramienta para conseguir la reducción o eliminación de las ITS. Ésta debe orientarse, por una parte, hacia las personas sanas para evitar la exposición a una ITS, y por otra, hacia el diagnóstico precoz y tratamiento eficaz de las personas infectadas, realizando simultánea y sistemáticamente la evaluación, tratamiento y orientación de sus contactos sexuales.

Las estrategias de prevención deben tener en cuenta la interconexión existente entre las ITS y la infección por VIH, siendo necesario su abordaje integral. Así, la presencia de otras ITS aumenta tanto la susceptibilidad como el nivel de transmisibilidad del VIH, no sólo por los hábitos sexuales sino también por mecanismos biológicos.

Desde el año 2007 está en funcionamiento el Sistema Centinela de ITS en Extremadura, basado en la recogida sistemática y periódica de información clínica de pacientes diagnosticadas de ITS en los Centros de Orientación Familiar, y orientado a la vigilancia e investigación epidemiológica de estas patologías. El número de casos notificados durante 2007 fue de 369, con una tasa de incidencia acumulada de 158,25 por 100.000 habitantes. La ITS más frecuente en este año fue la infección por VPH, seguida de cervicitis y de la infección por trichomonas.

e) TUBERCULOSIS

La tuberculosis constituye una pandemia que exige tomar medidas urgentes y efectivas en todo el planeta. Aunque se la asocia sobre todo con los países pobres, está presente en todos sitios y afecta a todo el mundo. La gran adaptabilidad biológica y geográfica de la bacteria causante de la enfermedad se ve favorecida por factores sociales y económicos. La no aplicación de programas efectivos de control favorece la aparición de cepas multirresistentes a los fármacos antituberculosos, básicamente por el inadecuado manejo clínico y social de estos pacientes.

El perfil de los pacientes con tuberculosis es muy diverso, pudiendo ésta afectar a cualquier persona, aunque existen colectivos que presentan una mayor incidencia:

pacientes infectados por VIH y otros inmunodeprimidos, indigentes, usuarios de drogas, personas privadas de libertad, cooperantes, etc.

España, en el año 2007, presentaba una tasa de 13,81 casos por cada 100.000 habitantes y año. Cada año se producen entre 14.000 y 16.000 nuevos casos, más del doble que en países como Holanda, Alemania o Reino Unido.

En Extremadura, la incidencia de tuberculosis comenzó a descender a partir del año 1998, manteniéndose estable desde el año 2000 hasta la actualidad. Con relación al resto del país, Extremadura siempre se ha mantenido por debajo de las tasas nacionales, aunque en la actualidad estas diferencias se han igualado debido al descenso de las tasas en España en los últimos ocho años.

Desde el año 1997 y hasta el año 2007, ambos inclusive, se han declarado un total de 1.594 casos de tuberculosis respiratoria en Extremadura, lo que supone una tasa acumulada de 159,59 casos por 100.000 habitantes en ese periodo. El número de casos ha mantenido una línea constante, alrededor siempre de los 130 casos anuales, presentando en el año 2007 una tasa de 11,25 casos por 100.000 habitantes. Sin embargo hemos de valorar toda esta información teniendo en cuenta que la subnotificación de casos a los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica es un problema existente tanto en el ámbito nacional como autonómico, por lo que podemos estimar cifras más elevadas.

Se trata, por tanto, de una enfermedad reemergente cuya prevención y control pasa por implantar programas de actuación, en los que se coordinen y participen activamente todos los ámbitos implicados (sanitario y social), con el objetivo de detectar el mayor número de casos posibles y evitar retrasos en el diagnóstico, asegurar la vigilancia y control de los contactos y aplicar el tratamiento más adecuado en cada caso de forma correcta y completa, con el fin de evitar recidivas y aparición de resistencias.

f) OTROS ASPECTOS SOBRE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Infecciones nosocomiales

De especial importancia son las infecciones nosocomiales, definidas como aquellas que se presentan en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del internamiento (OMS).

Las prevalencias de infecciones nosocomiales según datos del EPINE, han variado escasamente desde 1990 a 2006, siendo respectivamente del 9,87 % y del 7,90 %. De acuerdo con el marco de estrategias de seguridad del paciente puestas en marcha en

CAPÍTULO V

Extremadura, en coordinación con el Ministerio de Sanidad y Consumo y otras Comunidades Autónomas, a través de los trabajos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, debe ponerse especial énfasis en la prevención de éstas.

Encefalopatía espongiforme de transmisión humana

Por su interés para la salud humana y su reciente aparición, hemos de prestar atención a las encefalopatías espongiformes transmisibles o enfermedades por priones. Son un grupo de enfermedades neurodegenerativas que afectan tanto a humanos como a animales.

Una de ellas, la Encefalopatía Espongiforme Bovina o “enfermedad de las vacas locas” trae aparejado un gran problema de salud pública debido a que puede ser transmitida a los seres humanos. Esta nueva enfermedad humana producida por priones, y denominada variante de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (vECJ), fue reconocida en el Reino Unido en 1996. El periodo de incubación en humanos, desde la transmisión, se estima que es de entre 5 y 10 años hasta la aparición del cuadro clínico, que se caracteriza por demencia de rápida evolución, con un promedio de duración de 8 meses, y que termina invariablemente con la muerte.

Debido a ello, estas enfermedades son objeto de una especial atención en cuanto a su detección, seguimiento e investigación, tanto a escala nacional como internacional. En España, la vigilancia de las encefalopatías espongiformes de transmisión humana está integrada en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. A su vez, España está integrada en la Red de Vigilancia Europea de la enfermedad (EUROOCJD). Existe un Registro Nacional, coordinado por el Centro Nacional de Epidemiología. En cada Comunidad Autónoma hay designado un Coordinador Epidemiológico, al cual deberán ser notificados los casos sospechosos y que a su vez declara dichos casos al Registro Nacional, y un Coordinador Clínico que proporciona al médico notificante tanto el apoyo diagnóstico como el necesario asesoramiento en todos los temas relacionados con la enfermedad.

En España sólo han aparecido hasta el momento cuatro casos, menos que en otros países europeos, casos esporádicos que no indican nuevos riesgos para la salud de la población, pues la transmisión se produjo antes de la entrada en vigor de las exhaustivas medidas de control, y entran dentro de las previsiones que se hicieron en toda Europa hace ya más de ocho años.

Enfermedades importadas

Con el término de enfermedades importadas se conoce a las adquiridas en un país donde son más o menos frecuentes y que se manifiestan clínicamente en otro donde no existen o son muy infrecuentes. En nuestro país, las enfermedades importadas han

adquirido una mayor relevancia, debido fundamentalmente al aumento de los viajes intercontinentales, el asentamiento creciente en algunas áreas de nuestro país de inmigrantes que proceden de zonas endémicas, y también, aunque con menor importancia numérica, la participación española, cada vez mayor, en proyectos de cooperación al desarrollo y en misiones humanitarias.

Todo ello favorece la aparición en nuestro entorno de enfermedades importadas como la malaria, el dengue, las filariasis o la esquistosomiasis. También, casos de enfermedades que, si bien son importadas, su distribución es mundial, como la infección por VIH, la tuberculosis y la hepatitis B, de gran prevalencia en algunos países.

El conocimiento de su distribución geográfica es fundamental para el diagnóstico de las enfermedades importadas. También hay que considerar la posibilidad de adquirir una de estas enfermedades sin haber estado en una zona endémica, a través del contacto directo con personas, animales importados (mosquitos en aviones, comercio de animales exóticos, etc.), jeringuillas, transmisión fecal-oral, alimentos importados y otros mecanismos.

El diagnóstico se basa fundamentalmente en la epidemiología, la clínica y el análisis microbiológico. Para la mayoría de bacterias y algunos virus, hongos y parásitos implicados, la demostración del agente etiológico no reviste grandes dificultades y se pueden realizar en los laboratorios de primer y segundo nivel. Sin embargo, muchos otros agentes etiológicos requieren para su estudio centros especializados de referencia.

La formación de los profesionales sanitarios y la puesta en marcha de protocolos diagnósticos conjuntos, clínicos y de laboratorio, resulta primordial para la detección y el control de las enfermedades importadas.

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

OBJETIVO 18.- Fomentar el control de las enfermedades infecciosas en Extremadura, a través de todas las medidas disponibles y especialmente con acciones en vacunaciones, en infección por VIH-sida, tuberculosis, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Enfermedades inmunoprevenibles

18.1. Actualización periódica, y coordinada con otras CCAA, del Calendario Íntegro de Vacunaciones de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

CAPÍTULO V

Responsable: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD

Evaluación: N° de diferencias en relación con el Calendario de Vacunaciones del SNS
N° de reuniones del Consejo Asesor de Inmunizaciones de Extremadura

18.2. Mantenimiento y promoción de la administración y registro de las vacunas sistemáticas, tanto en población general como en grupos de riesgo, en los centros de atención primaria y otros centros sanitarios de la CAE, con el fin de garantizar la cobertura universal y gratuita.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Porcentaje de dosis/vacunas administradas
Grado de cobertura alcanzado

18.3. Diseño e implantación de actuaciones que garanticen la cumplimentación del Calendario Íntegro de Vacunaciones entre la población inmigrante residente en Extremadura, así como fomento de la administración de las vacunaciones en viajes internacionales.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: N° de actuaciones implantadas dirigidas a población inmigrante
N° de usuarios del Centro de Vacunación Internacional

18.4. Establecimiento de estrategias para el mantenimiento y promoción de las campañas anuales de vacunación antigripal dirigidas a la población de riesgo.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Cobertura de vacunación en la población de riesgo.

18.5. Potenciación de la Participación Comunitaria en Salud en las estrategias vacunales, como mecanismo favorecedor para el mantenimiento e incremento de las coberturas vacunales.

Responsable: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD

Evaluación: N° de actuaciones en vacunas con la participación comunitaria en salud

18.6. Mantenimiento y mejora de las actividades de formación continuada en inmunizaciones.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD
Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: N° de actividades formativas acreditadas sobre vacunaciones, por área de salud
Porcentaje de áreas de salud con actividades formativas anuales sobre inmunizaciones.

18.7. Impulso de los protocolos de vigilancia epidemiológica en enfermedades inmunoprevenibles, especialmente en Enfermedad invasiva por *S. pneumoniae*.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación: N° de actividades informativas sobre la existencia de dichos protocolos
N° de actividades formativas en las que se aborde la existencia de dichos protocolos

VIH-sida

18.8. Impulso del Programa de Prevención y Control de la Infección por VIH/sida en Extremadura, y en especial, continuación y desarrollo de estrategias de coordinación entre todos los sectores implicados en la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo a los afectados por VIH/sida, y extensiblemente a la población general.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES
Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
Dirección General de Calidad y Equidad Educativa de la Consejería de Educación
Dirección General de Inclusión Social y Prestaciones de la Consejería de Igualdad y Empleo
Asociaciones y entidades relacionadas
Instituto de la Mujer de Extremadura de la Consejería de Igualdad y Empleo
Consejería de los Jóvenes y del Deporte
Dirección General de Infancia y Familias, Dirección General de Formación para el Empleo, Servicio Extremeño Público de Empleo (SEXPE) de la Consejería de Igualdad y Empleo

Evaluación: Evaluación del Programa de Prevención y Control de la Infección por VIH/sida

18.9. Diseño e implantación de nuevas actuaciones de promoción y prevención de la infección por VIH adaptadas a los cambios epidemiológicos ocurridos en la transmisión de la enfermedad.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD

Evaluación: N° de actividades de promoción y prevención realizadas al año

18.10. Mantenimiento y mejora de las acciones dirigidas a promocionar el diagnóstico precoz de la infección por VIH entre la población general con especial atención a los sectores de población más vulnerables.

CAPÍTULO V

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Dirección General de Salud Pública del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: N° de pruebas realizadas
N° de actividades/año para promocionar la detección precoz de la infección por VIH

18.11. Fomento de medidas de prevención, tratamiento y apoyo a las personas VIH +, que permitan un abordaje óptimo en todos los ámbitos y fases de la enfermedad.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Existencia de medidas de prevención, tratamiento y apoyo a las personas VIH +
N° de tratamientos ejecutados al año

18.12. Potenciación del Sistema de Información de nuevas infecciones por VIH de Extremadura.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Porcentaje de notificaciones de las nuevas infecciones por VIH

Tuberculosis

18.13. Implantación de las actuaciones recogidas en el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en Extremadura y en el Plan para la Prevención y Control de la Tuberculosis en España.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES
Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD
Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD

Evaluación: Existencia de evaluación del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en Extremadura

18.14. Mantenimiento y mejora de las acciones dirigidas a promocionar el diagnóstico precoz de la infección por tuberculosis entre la población general y, especialmente, entre los colectivos de mayor incidencia.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Dirección General de Salud Pública del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: N° de pruebas realizadas y n° de resultados, de estas pruebas, positivos

18.15. Impulso de medidas de promoción, prevención, tratamiento, seguimiento y estudio de contactos de tuberculosis que permitan un abordaje óptimo en todos los ámbitos y fases de la enfermedad, así como de la vigilancia epidemiológica de ésta.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES
Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD
Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD

Evaluación: Nº de actividades ejecutadas al año en promoción y prevención en el ámbito extrahospitalario
Tasa de cumplimentación del tratamiento
Tasa de abandonos no recuperados

18.16. Formación de los profesionales implicados en el desarrollo del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en Extremadura, en todos los aspectos del abordaje de la tuberculosis.

Responsable: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD

Evaluación: Nº de actividades formativas en tuberculosis realizadas al año
Nº de actividades formativas acreditadas por la Comisión de Formación Continuada del SNS
Nº de asistentes a las actividades formativas

18.17. Fomento del establecimiento de la unificación de criterios y de guías de abordaje de la tuberculosis, en el ámbito autonómico y en cada área de salud.

Responsables: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Existencia de una guía clínica autonómica sobre tuberculosis
Nº de áreas de salud adheridas a la guía clínica autonómica sobre tuberculosis

18.18. Promoción del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las tuberculosis multirresistentes.

Responsables: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Tasa de pacientes con tratamiento directamente observado
Tasa de cumplimentación del tratamiento en pacientes con tuberculosis multirresistentes

Hepatitis víricas

18.19. Vigilancia estrecha de la evolución de la incidencia de hepatitis A e instauración de las medidas adicionales necesarias para su control en caso necesario.

CAPÍTULO V

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES
Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD

Evaluación: N° de brotes de hepatitis A en Extremadura en el periodo 2009-2012
Incidencia de hepatitis A
N° de medidas adicionales instauradas

18.20. Desarrollo de actuaciones de educación para la salud dirigidas a la población general y colectivos de mayor incidencia sobre mecanismos de transmisión y medidas preventivas de la infección por VHA, VHB y VHC.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES
Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD

Evaluación: N° de actividades de educación para la salud sobre hepatitis, al año, dirigidas a la comunidad y a los colectivos de mayor incidencia

18.21. Inclusión del registro de hepatitis C en el Sistema EDO.

Responsable: Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación: Existencia del registro de hepatitis C en el sistema EDO

18.22. Fomento del despistaje de riesgo biológico (VIH, VHB, VHC) tras la exposición accidental (parenteral o sexual), con fuente positiva o desconocida, en población general y especialmente en el ámbito laboral, así como del abordaje unificado (protocolo o guía) de la profilaxis post-exposición.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES
Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD

Evaluación: N° de personas captadas al año
N° de personas captadas con seguimiento completo
N° de personas a las que se ha realizado la profilaxis post-exposición
N° de áreas de salud adheridas al protocolo-guía del abordaje de la profilaxis postexposición
N° de actividades formativas que abordan la profilaxis post-exposición

Infecciones de Transmisión Sexual

18.23. Elaboración de un programa de prevención, diagnóstico y control de las ITS.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Dirección General de Salud Pública del SES
Consejería de los Jóvenes y del Deporte

Evaluación: Existencia del programa de prevención, diagnóstico y control de la ITS

18.24. Abordaje integral de la prevención de ITS e infección por VIH.

Responsables: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación: N° de actividades formativas sobre el abordaje integral de la prevención de ITS e infección por VIH

18.25. Fomento del abordaje sistemático de los contactos sexuales de personas diagnosticadas de ITS.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: N° de actividades de concienciación sobre captación, seguimiento y orientación de los contactos sexuales de personas diagnosticadas de ITS

18.26. Potenciación del Sistema Centinela de ITS, fomentando la vigilancia epidemiológica, especialmente, en VPH en sus distintas manifestaciones o en las formas asintomáticas detectadas en la citología.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Porcentaje de población cubierta por el Sistema Centinela
N° de notificaciones anuales recogidas por el Sistema Centinela
N° de detecciones de VPH realizadas en citologías sin displasia

18.27. Fomento de actividades de control de ITS entre las personas que ejercen la prostitución de acuerdo con lo que establezca el Programa de prevención, diagnóstico y control de las ITS en Extremadura.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: N° de actividades de promoción de la salud sobre ITS, anuales, dirigidas a las personas que ejercen la prostitución

Otras acciones en enfermedades infecciosas**18.28.** Apoyo y desarrollo de programas que tengan como objetivo la prevención de las infecciones nosocomiales, en especial aquellos que se elaboren y ejecuten conjuntamente con otras instituciones en materia de seguridad del paciente.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES
Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación: N° de actividades formativas en prevención de infecciones nosocomiales
N° de actuaciones de promoción de lavado de manos entre profesionales sanitarios

CAPÍTULO V

18.29. Actualización anual del Plan de prevención y actuación frente a una pandemia de Gripe en Extremadura.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación: Actualización anual del citado Plan

18.30. Disponibilidad de una unidad de referencia para enfermedades infecciosas tropicales e importadas.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación: Creación y funcionamiento de dicha Unidad de Referencia
Informe de actividad anual de la Unidad

9. ENFERMEDADES RARAS

V CAPÍTULO

Las ER son aquellas patologías que tienen una prevalencia baja (menor de cinco casos por 10.000 habitantes de forma global), peligro de muerte o de invalidez crónica, escasa información de la etiopatogenia de la enfermedad y/o necesidad de al menos un medicamento huérfano para su tratamiento.

A pesar de su gran diversidad, estas patologías presentan una serie de rasgos comunes:

- Son enfermedades mal conocidas, lo que origina falta de información adecuada a los pacientes y sus familias y retrasos en el diagnóstico.
- Existe una importante falta de sensibilización social respecto a estas patologías por el desconocimiento que hay en torno a ellas.
- En el 50% de los casos diagnosticados, el pronóstico vital está en riesgo.
- Un 80% son de origen genético y la mayoría se inician en la edad pediátrica.
- El 65% de las patologías son graves, altamente discapacitantes, afectan a la autonomía del paciente e implican un déficit motor, sensorial o intelectual en la mitad de los casos.
- Adolecen la falta de tratamiento efectivo para la mayoría de ellas.
- Existe una gran dificultad para realizar estudios epidemiológicos, diagnósticos clínicos, terapéuticos y cualitativos.
- Se requiere una estrecha coordinación entre la atención primaria y hospitalaria.
- Necesitan medidas que atiendan sus necesidades especiales en materia educativa, laboral y social, por lo que suponen un alto coste socio-sanitario.

La Comisión Europea estima que existen entre 5.000 y 8.000 enfermedades raras diferentes, que afectan aproximadamente al 6%-8% de la población, es decir, entre 27 y 36 millones de personas en la UE y entre 2,5 y 3 millones de personas en España.

Uno de los principales problemas de las ER es la dificultad de encontrar un tratamiento adecuado y fármacos eficaces para la mayoría de estas enfermedades con tan poca prevalencia (patologías huérfanas). El coste de desarrollo de un medicamento en estos momentos se sitúa entre los 250 y los 500 millones de euros, y el período medio de desarrollo de un medicamento se estima entre 10 y 14 años. Por ello, se acuñó el término de medicamento huérfano, como aquel destinado a la prevención, diagnóstico o tratamiento de enfermedades raras o de enfermedades graves más comunes, pero que sería difícilmente comercializado por falta de perspectivas de venta una vez en el mercado.

La aprobación del Reglamento Europeo sobre Medicamentos Huérfanos en 1999 - Reglamento (CE) 141/2000-, creó una esperanza considerable a los afectados por

CAPÍTULO V

estas enfermedades en Europa. El Programa de acción comunitaria en el ámbito de salud pública (2003-2008) de la UE contempla el desarrollo de estrategias y mecanismos de prevención, intercambio de información y respuesta en el campo de enfermedades poco comunes. En España, se han convocado ayudas para fomentar la investigación de enfermedades raras. Sin embargo, la gran rareza de estas enfermedades y la falta de información, investigación, diagnóstico, tratamiento y expertos puede conducir a que las personas afectadas no se beneficien de los recursos y servicios sanitarios que necesitan.

Las enfermedades raras en Extremadura

En Extremadura, por Orden de 14 de mayo de 2004, de la Consejería de Sanidad y Consumo, se creó el Sistema de Información sobre Enfermedades Raras, con el objetivo de valorar la dimensión de estas enfermedades mediante el conocimiento de su incidencia y prevalencia en la CAE, así como el desarrollo de estudios epidemiológicos tomando como base la información existente en dicho sistema. No obstante, debe reconocerse que no existe una información completa sobre el número de personas afectadas, tendencias temporales y evolución de las ER con ámbito de Comunidad Autónoma.

A fecha de diciembre de 2008 figuran registrados en dicho Sistema de Información sobre ER de Extremadura 3.376 pacientes. De ellos, 1.379 tienen confirmado el diagnóstico por una fuente sanitaria y 1.997 figuran como sospechosos, dado que se identificaron a través de fuentes no sanitarias. Destaca un mayor número de casos en mujeres que en varones (51,27% mujeres, 48,05% varones y en el 0,68% de los casos desconocemos el sexo). Por grupos de edad, tanto en varones como en mujeres, el mayor número de casos se presenta en el tramo de los 15-19 años, aunque se desconoce la edad en una elevada proporción de los mismos.

Las fuentes de información utilizadas hasta la fecha son: consultas de atención primaria y hospitalaria del SES, Centro Extremeño de Desarrollo Infantil, Unidad de Genética del Hospital Materno-Infantil del Complejo Hospitalario "Infanta Cristina" de Badajoz, Sistema de Información de Enfermos Renales en Tratamiento Renal Sustitutivo de la Comunidad Autónoma de Extremadura, Centros de Atención a la Discapacidad en Extremadura de Cáceres y Badajoz, Servicios de Farmacia Hospitalaria del SES, Federación Española de Enfermedades Raras-Delegación de Extremadura, y otras fuentes (SICaP, CAMF Alcuéscar, etc.).

En Extremadura, se estima que existen entre 60.000 y 80.000 afectados por una ER.

CAPÍTULO

Desde hace años, en Extremadura se llevan a cabo estrategias encaminadas al conocimiento y la superación de las necesidades de los afectados por ER. Se han desarrollado distintos programas como el de Prevención de Errores Congénitos del Metabolismo e Hipertiroidismo (integrado posteriormente en el Plan de Prevención de Discapacidades) y el de diagnóstico prenatal. Al comienzo de la década de los noventa, se implanta la Unidad de Referencia regional de Prevención de Discapacidades en Badajoz, con las Subunidades de Metabolopatías, de Genética y de Prevención de la Hipoacusia en recién nacidos, y en el año 2003, se crea el Centro Extremeño de Desarrollo Infantil.

Es evidente la imposibilidad de establecer una política de salud pública específica para cada enfermedad rara, pero un planteamiento conjunto, y no para cada una, podría ofrecer algunas soluciones, al permitir el establecimiento de políticas de salud en los ámbitos de la investigación científica y biomédica, información, prestaciones sociales, hospitalización y tratamiento ambulatorio.

En consecuencia con lo anteriormente expuesto, el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* promueve desarrollar una atención integral, integrada y de calidad a las enfermedades raras, basada en la continuidad asistencial a través de la gestión por procesos; la adecuación de la oferta de servicios con criterios de equidad y accesibilidad a las necesidades de los afectados y al desarrollo tecnológico; y la potenciación de los sistemas de información, de la formación de los profesionales y de la investigación en este ámbito.

Se procederá a la elaboración y el desarrollo de un Plan Integral de Enfermedades Raras en Extremadura (PIER), que integre las estrategias necesarias para reducir la morbimortalidad atribuible a las enfermedades raras en la población extremeña y garantizar una atención integral e interdisciplinar al paciente, su familia y/o cuidadores desde la perspectiva de la equidad y la calidad en la atención.

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

OBJETIVO 19.- En 2009, se llevará a cabo la elaboración y puesta en funcionamiento del Plan Integral de Enfermedades Raras en Extremadura (PIER).

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

19.1. Elaboración del PIER sobre la base de los objetivos y estrategias definidos en el presente Plan de Salud (Tabla 2).

Responsable: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD

Evaluación: Elaboración del Plan de Enfermedades Raras de Extremadura

CAPÍTULO V

Tabla 2

PLAN INTEGRAL DE ENFERMEDADES RARAS EN EXTREMADURA (PIER)

META

Reducir la morbimortalidad atribuible a las enfermedades raras en la población extremeña y garantizar una atención integral (biopsicosocial) e interdisciplinar al paciente, su familia y/o cuidadores desde la perspectiva de la equidad y la calidad en la atención.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

1. **Proporcionar información actualizada sobre enfermedades raras de interés para las personas afectadas, profesionales implicados y sociedad en general.**
 - Desarrollo de campañas informativas y de sensibilización.
 - Elaboración y difusión de material con información actualizada y evidencia científica.
2. **Detectar precozmente los casos de enfermedades raras, con criterios de equidad y accesibilidad.**
 - Actualización del diagnóstico y cribado neonatal precoz.
 - Establecimiento del diagnóstico genético, preimplantatorio y de portadores sanos.
 - Potenciación del diagnóstico prenatal.
3. **Mejorar el acceso a la atención sociosanitaria, favoreciendo la continuidad en la atención y la accesibilidad de los enfermos a los recursos necesarios.**
 - Desarrollo de los recursos asistenciales para conseguir un adecuado tratamiento y seguimiento de los afectados.
 - Creación de una estructura que garantice la coordinación de recursos en todo el proceso y actúe como referente para profesionales y pacientes.
 - Evaluar la calidad de la atención prestada a los afectados contando con la colaboración de las asociaciones de pacientes.
4. **Incrementar el conocimiento epidemiológico sobre las enfermedades raras en Extremadura.**
 - Potenciación del Sistema de Información sobre enfermedades raras, con la colaboración de FEDER y otras asociaciones de pacientes y familiares.
 - Potenciación de estudios epidemiológicos específicos sobre enfermedades raras.
5. **Impulsar la formación en enfermedades raras de los profesionales implicados y cuidadores, específicamente el ámbito sanitario.**
 - Desarrollo de la formación pregrado y postgrado en enfermedades raras.
 - Impulso de la formación continuada en enfermedades raras de los profesionales del SSPE, para mejorar la identificación de las mismas y atender adecuadamente las necesidades de los pacientes.
6. **Fomentar la investigación básica y traslacional sobre enfermedades raras.**
 - Promoción de la investigación en enfermedades raras, facilitando el desarrollo de proyectos de investigación, a nivel autonómico, nacional e internacional.
7. **Asegurar la disponibilidad de los medicamentos y productos sanitarios necesarios para el tratamiento de las enfermedades raras.**
 - Facilitar el acceso a los medicamentos huérfanos comercializados en España, los tramitados como medicamentos extranjeros o uso compasivo, así como a los productos sanitarios y de dermofarmacia para los afectados por enfermedades raras.
 - Colaboración con el conjunto del Sistema Nacional de Salud en la designación y promoción de los medicamentos huérfanos, etc.
8. **Promover el trabajo conjunto y colaborativo con el SNS.**
 - Colaboración con el conjunto del SNS en la definición de centros de referencia.
9. **Asegurar la participación de los afectados y por ER y sus familiares en el desarrollo del PIER.**
 - Colaboración de las organizaciones regionales de afectados y familiares de afectados por ER en la programación de las actuaciones correspondientes.

19.2. Creación del Consejo Asesor sobre Enfermedades Raras en Extremadura.**Responsable:** Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD**Evaluación:** Constitución y actividades del Consejo Asesor sobre Enfermedades Raras**19.3. Implantación progresiva del PIER en todas las áreas de salud del SSPE.****Responsables:** Dirección Gerencia del SES

Gerencias de áreas de salud del SES

Evaluación: Implantación del PIER en las áreas de salud de la CAE**19.4. Cooperación con las organizaciones regionales de afectados y familiares de afectados por ER.****Responsable:** Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD**Evaluación:** Existencia de líneas de cooperación con organizaciones regionales de afectados y familiares de afectados por ER

CAPÍTULO 10. ZONOSIS

Las zoonosis representan un grave problema de salud pública con gran importancia sanitaria, económica y social.

Desde ese punto de vista, la OMS recomienda que las zoonosis queden incluidas en los programas nacionales de vigilancia de las enfermedades. Asimismo, la UE está reforzando la vigilancia de las zoonosis, los agentes zoonóticos y la resistencia a los antimicrobianos a ellos asociada y ha establecido las exigencias mínimas que los Estados miembros deben respetar para reforzar sus actuales sistemas de vigilancia, a través de los cuales recogen, analizan y difunden datos sobre estos fenómenos para identificar y caracterizar los peligros, evaluar la exposición y definir los riesgos correspondientes. Estas exigencias se han materializado jurídicamente mediante la promulgación del Real Decreto (RD) 1940/2004, de 27 de septiembre, sobre la vigilancia de las zoonosis y los agentes zoonóticos, que además de tener por objeto desarrollar reglamentariamente la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley 8/2003, de 24 de abril, de Sanidad Animal, en lo que se refiere a la vigilancia de las zoonosis y agentes zoonóticos, incorpora a nuestro ordenamiento jurídico la Directiva 2003/99/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 17 de noviembre de 2003, sobre la vigilancia de las zoonosis y los agentes zoonóticos.

El *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* estima necesario impulsar programas iniciados en años anteriores y seguir mejorando en la intervención sobre estos procesos mórbidos en la población humana y en la animal, ya sea en los animales de abasto, en los silvestres y/o en los de compañía. Se ha de hacer un esfuerzo en la coordinación efectiva de todos los sectores implicados en las mismas (Administraciones públicas, asociaciones de caza, asociaciones de consumidores, ...).

El gran número de agentes zoonóticos, la diversidad de mecanismos de transmisión que utilizan y la gran variedad de hospedadores que participan en los ciclos biológicos de los agentes causales – muchos de ellos de la fauna silvestre –, hacen que las cadenas epidemiológicas de las zoonosis sean complejas y no siempre sus eslabones son de fácil acceso para llevar a cabo una buena intervención sanitaria sobre ellos.

Con frecuencia, la depresión social, económica y cultural – y, en los momentos actuales, el incremento notable de la inmigración y población con otros hábitos alimentarios, otra cultura y otra educación sanitaria –, abonan el terreno para la persistencia de algunos focos de zoonosis y la reemergencia de otras, hasta ahora controladas.

Teniendo en cuenta que los agentes zoonóticos utilizan un vasto número de fuentes, reservorios y vehículos de transmisión, resulta necesaria la intervención coordinada de programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, protección de la salud alimentaria, protección de la salud ambiental y protección de la sanidad animal.

Deberán tenerse en cuenta los objetivos contemplados en otras áreas de intervención del presente Plan de Salud, particularmente los enunciados en las áreas de: Promoción de la Salud-Educación para la Salud, Sistema de Información Sanitaria, Seguridad Alimentaria y Consumo saludable, así como Enfermedades Infecciosas.

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

OBJETIVO 20.- Mejorar para el año 2012 las tasas de incidencia actuales de las zoonosis sometidas a declaración a los sistemas de vigilancia epidemiológica del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

20.1. Priorización de la lucha y control sobre las zoonosis que presentan mayor relevancia social y sanitaria en Extremadura, y actuación coordinada entre los órganos competentes en materia de Salud Pública, Producción y Sanidad Animal, Medio Ambiente y Administración local.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección General de Salud Pública del SES
Direcciones de Salud de Área del SES
Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural
Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente
Corporaciones locales

Evaluación: Existencia de prioridades de lucha y control documentadas
Identificación de elementos y actuaciones de coordinación

20.2. Definición y consolidación de instrumentos de enlace que establezcan mecanismos de coordinación y cooperación entre los distintos órganos competentes.

Responsables:
Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia del SES
Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural
Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente
Consejería de Administración Pública y Hacienda
Universidad de Extremadura
Corporaciones locales

Evaluación: Existencia de instrumentos de enlace y coordinación

CAPÍTULO V

20.3. Desarrollo e impulso de los siguientes programas sanitarios del SES:

- Programa de lucha contra la Hidatidosis-equinococosis.
- Programa de lucha contra la Brucelosis.
- Programa de lucha contra la Tuberculosis por *M. bovis*.
- Programa de lucha contra la Salmonelosis.
- Programa de lucha contra la Listeriosis.
- Programa de lucha contra la Tularemia.
- Programa de lucha contra la Leishmaniosis.
- Programa de lucha contra la Rabia.
- Programa de lucha contra la Triquinelosis.
- Programa de control de las infecciones por *E.coli* verotoxigénicos.
- Programa de vigilancia y control de las Encefalopatías Espongiformes Transmisibles.
- Plan de control de Anisakis.
- Programa de lucha contra la Toxoplasmosis

Responsables: Dirección Gerencia del SES
 Dirección General de Salud Pública del SES
 Direcciones de Salud de Área del SES
 Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural
 Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente
 Consejería de Educación
 Consejería de Administración Pública y Hacienda
 Corporaciones locales

Evaluación: N° de programas de lucha, vigilancia y/o control en desarrollo

20.4. Desarrollo de medidas de prevención basadas en la determinación del riesgo.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
 Direcciones de Salud de Área del SES
 Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural
 Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente
 Corporaciones locales

Evaluación: N° de medidas de prevención basadas en la determinación del riesgo

20.5. Control de los antibióticos y antiparasitarios de uso veterinario, en función de las especies animales y las categorías de aquellos, en un programa de control e investigación específico.

Responsables: Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural
 Dirección General de Salud Pública del SES
 Direcciones de Salud de Área del SES
 Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente
 Universidad de Extremadura

Evaluación: Existencia del programa de control e investigación de antibióticos y antiparasitarios de uso veterinario

20.6. Estudio y propuesta, por parte del Consejo Asesor de Zoonosis de Extremadura, de nuevas estrategias en relación con los cambios y las necesidades detectadas en el control de zoonosis.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Direcciones de Salud de Área del SES

Evaluación: N° de sesiones celebradas del Consejo durante la vigencia del Plan

OBJETIVO 21.- Mejorar, durante el período de vigencia del Plan de Salud, la vigilancia epidemiológica y el conocimiento del estado real de la prevalencia de las zoonosis.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

21.1. Creación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Zoonosis integrando la información generada por médicos, veterinarios y otros profesionales que trabajan habitualmente con animales.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Direcciones de Salud de Área del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural
Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente
Universidad de Extremadura

Evaluación: Existencia del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y del Subsistema de Información Sanitaria de Zoonosis que integre en el Sistema de Información Sanitaria JARA - Salud Pública todos los datos generados

21.2. Creación de la Red de Veterinarios Centinela.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Direcciones de Salud de Área del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación: Existencia de la Red de Veterinarios Centinela

21.3. Investigación coordinada de los brotes de zoonosis de origen alimentario, incluyendo el tipado de los agentes implicados.

Responsables: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
Dirección General de Salud Pública del SES
Direcciones de Salud de Área del SES
Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural
Universidad de Extremadura

Evaluación: N° de brotes investigados de origen alimentario.

CAPÍTULO V

21.4 Vigilancia e investigación epidemiológica prioritaria en los siguientes procesos mórbidos: brucelosis, helicobacteriosis, hidatidosis-equinocosis, listeriosis, salmonellosis, triquinelosis, tuberculosis por *M. bovis*, anisakiosis, toxoplasmosis e infecciones por *E. coli*.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
 Direcciones de Salud de Área del SES
 Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural
 Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente
 Universidad de Extremadura

Evaluación: Inclusión de los procesos referidos en las listas de enfermedades de declaración obligatoria del sistema EDO y, en su caso, en la lista de enfermedades animales de declaración obligatoria en la Comunidad Autónoma de Extremadura

21.5. En función de la situación epidemiológica del momento, serán objeto de vigilancia:

- Zoonosis víricas: calicivirus, virus de la hepatitis A, virus de la gripe, rabia, virus transmitidos por artrópodos.
- Zoonosis bacterianas: borreliosis, botulismo, leptospirosis, psitacosis, tuberculosis distintas de la producida por *M. bovis*, vibriosis, yersiniosis y sus agentes causales.
- Zoonosis parasitarias: anisakiosis, criptosporidiosis, cisticercosis y toxoplasmosis y sus agentes causales.
- Otras zoonosis y agentes zoonóticos como las enfermedades transmitidas por garrapatas, etc.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
 Direcciones de Salud de Área del SES
 Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural
 Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente

Evaluación: Inclusión, en su caso, de los procesos mórbidos correspondientes en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Zoonosis de Extremadura

21.6. Configuración de un sistema de vigilancia de las resistencias a antibióticos y antiparasitarios de uso veterinario en agentes zoonóticos.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
 Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
 Direcciones de Salud de Área del SES
 Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural
 Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente

Evaluación: Evaluación de los programas de control de antibióticos y antiparasitarios de uso veterinario establecidos

21.7. Identificación e impulso de la utilización de animales centinelas como indicadores de los focos naturales de las zoonosis.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
 Direcciones de Salud de Área del SES
 Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural
 Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente

Evaluación: Tomas de muestras en explotaciones, mataderos, actividades cinegéticas, animales vagabundos, núcleos zoológicos, reservas animales, etc.

21.8. Control y registro de agentes zoonóticos, principalmente en la fauna silvestre.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
 Direcciones de Salud de Área del SES
 Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural
 Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente

Evaluación: Existencia de un programa de control y registro de agentes zoonóticos

21.9. Confección de un Mapa Epidemiológico Regional de Zoonosis.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
 Direcciones de Salud de Área del SES
 Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural
 Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente
 Universidad de Extremadura

Evaluación: Existencia del Mapa Epidemiológico Regional de Zoonosis

21.10. Diagnóstico de salud de las zoonosis en Extremadura.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
 Direcciones de Salud de Área del SES
 Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural
 Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente

Evaluación: Existencia del diagnóstico de salud en materia de zoonosis

OBJETIVO 22.- Incrementar, durante el periodo de vigencia del Plan de Salud, la información y educación para la salud sobre las zoonosis.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

22.1. Impulso, dentro de los programas de educación para la salud, de líneas específicas de prevención de zoonosis.

Responsables: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD
 Dirección General de Salud Pública del SES
 Direcciones de Salud de Área del SES

Evaluación: Existencia de líneas específicas de prevención de zoonosis en los programas de EpS de la Consejería de Sanidad y Dependencia

CAPÍTULO V

22.2. Promoción de campañas de información sobre zoonosis a población de riesgo.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
 Direcciones de Salud de Área del SES
 Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural
 Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente
 Corporaciones locales

Evaluación: N° de campañas de información durante la vigencia del Plan

22.3. Medidas de comunicación de riesgos, dirigidas a ganaderos y veterinarios, que incidan en la importancia de hacer un uso racional de los antibióticos, antiparasitarios y otros quimioterápicos en los animales. Establecimiento de estrategias que eviten el desarrollo de la resistencia a las fluoroquinolonas.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
 Direcciones de Salud de Área del SES
 Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural
 Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente

Evaluación: Existencia de campañas de información sobre uso racional de los antibióticos, antiparasitarios y otros quimioterápicos en los animales

OBJETIVO 23.- Potenciar la formación e investigación en materia de zoonosis.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

23.1. Creación de un grupo técnico de formación en zoonosis adscrito al Consejo Asesor de Zoonosis de Extremadura, para la elaboración y seguimiento del plan de formación específica a impartir por la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud, las Gerencias de Área del SES, la Escuela de Administración Pública de Extremadura y otros órganos oficiales de formación.

Responsables: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
 Dirección General de Salud Pública del SES
 Direcciones de Salud de Área del SES
 Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural
 Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente
 Secretaría General de Administración Pública e Interior

Evaluación: Existencia del grupo técnico de formación en zoonosis

23.2. Fomento de la investigación en zoonosis.

Responsables: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
 Dirección General de Salud Pública del SES
 Direcciones de Salud de Área del SES
 Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural

Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente
Dirección General de Innovación y Competitividad Empresarial

Evaluación: Existencia de líneas específicas de financiación para investigación en materia de zoonosis en cada consejería responsable

Nº de estudios de investigación financiados y finalizados en temas de zoonosis

23.3. Desarrollo de técnicas de laboratorio para el diagnóstico precoz de zoonosis y agentes zoonóticos “ad hoc”, para su uso por personal veterinario de los EAP, de Sanidad Animal y de Medio Ambiente.

Responsables:

Dirección General de Salud Pública del SES
Direcciones de Salud de Área del SES
Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural
Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente
Universidad de Extremadura

Evaluación: Nº de técnicas rápidas disponibles de diagnóstico de procesos zoonóticos en animales de abasto, de compañía y salvajes

23.4. Acreditación de técnicas de ensayos en la investigación de agentes zoonóticos.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural
Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente

Evaluación: Nivel de acreditación de las técnicas de ensayos en la investigación de agentes zoonóticos

CAPÍTULO V

Objetivos y Líneas de Actuación

II EJE ESTRATÉGICO: Los problemas de salud prevalentes y emergentes en Extremadura

- 11. Promoción de la salud. Educación para la salud**
- 12. Seguridad alimentaria y consumo saludable**
- 13. Salud medioambiental**
- 14. Seguimiento y control del estado de salud: salud infantil y del adolescente, salud de la mujer, salud del adulto y salud del mayor**
- 15. Salud laboral**

2009-2012

II. PROMOCIÓN DE LA SALUD. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

CAPÍTULO

El término educación para la salud, según la OMS, se define como las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. Es la herramienta fundamental de la promoción de la salud (PS) y función clave de los profesionales de los ámbitos sanitario, educativo y social, que, para incrementar su efectividad, requiere de la participación activa de la comunidad. Asimismo, la EpS es una parte del proceso de atención, debiéndose incluir, de forma transversal, en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el tratamiento y la rehabilitación.

El concepto de EpS ha evolucionado de forma paralela al concepto de salud. Actualmente, se tiende a considerar la EpS como un instrumento multidisciplinar de PS que trata de capacitar al individuo, de “empoderarlo”, para que tome las decisiones más adecuadas respecto a su salud, una vez haya logrado incrementar sus conocimientos sobre su propia salud y adquirido habilidades encaminadas a fomentar su autonomía personal.

Como se desprende del informe del Ministerio de Sanidad y Consumo, “Evaluación de la efectividad de tecnologías para la PS y prevención de la enfermedad”, la efectividad de la EpS, como elemento de PS y de la prevención primaria de problemas prevalentes y emergentes, está demostrada. También hay que destacar el papel de la EpS en la prevención secundaria, como facilitadora de información/formación de la población y su implicación en los programas de detección precoz de problemas de salud, así como en prevención terciaria en la rehabilitación y reinserción del enfermo facilitando la autogestión del proceso (autocontrol, autonomía) por el individuo y/o su familia, como se demuestra, por ejemplo, en los casos de la educación diabetológica o en el asma, especialmente en el niño y adolescente. Resulta también muy útil a la hora de promover la adherencia a los tratamientos y en el uso racional de los medicamentos, así como de interés en la gestión eficiente de los recursos sanitarios.

La OMS recomienda utilizar la EpS como herramienta para afrontar los principales problemas de salud y los nuevos retos socio-sanitarios: violencia, marginalidad, trastornos del comportamiento alimentario, envejecimiento, enfermedades crónicas, inmigración, infección por VIH/sida, drogas, etc. Asimismo, señala como espacios privilegiados para la EpS, el medio escolar y la atención primaria de salud.

Todos los problemas referenciados anteriormente están fuertemente relacionados con los estilos de vida que, desde el Informe Lalonde (1974), se han señalado como

CAPÍTULO V

los elementos de mayor peso en la salud de las personas y que pueden ser susceptibles de modificaciones, en gran medida, a través de la EpS.

La EpS es fundamental para instaurar hábitos de vida saludables en la edad escolar, por ser el alumnado un colectivo que aún no tiene definido hábitos ni actitudes y que presenta gran capacidad de aprendizaje. La familia, junto con la comunidad educativa, y los servicios de apoyo, desempeñan un papel importante en la configuración de la conducta y los valores sociales de los jóvenes, así como en el desarrollo de habilidades educativas y conocimientos. El logro de resultados educativos positivos guarda estrecha relación con el estado de salud de los estudiantes de un centro educativo. Además, la obligatoriedad de la Escuela en nuestro medio, permite llegar a toda la población en edades tempranas y reducir las desigualdades en salud. Por todo ello, la Escuela constituye un lugar idóneo para promover y difundir la salud, especialmente para la EpS. En este sentido, un informe publicado en 2006 por la Oficina Regional Europea de la OMS sobre la efectividad de las intervenciones escolares en materia de PS y prevención de enfermedades, destaca que son más efectivos aquellos programas multicomponentes, que implican de manera global a la comunidad educativa, que actúan sobre el ambiente escolar, de forma constante en el tiempo y que comprometen a las familias así como al resto de la comunidad.

Por otra parte, la EpS es el elemento clave en el fomento de la participación, y también a la inversa, pues un sistema sanitario que promueva la participación, potencia, de una forma u otra, la EpS. Por tanto ésta, se convierte en un producto de los procesos participativos, con los que comparte conceptos, modelos, objetivos, metodologías, experiencias, procesos de investigación evaluativa, tanto en los logros como en sus necesidades.

Todos los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, de medicina, enfermería, farmacéuticos y veterinarios, y los no sanitarios, como los trabajadores sociales, entre otros, se encuentran con innumerables oportunidades para llevar a cabo actuaciones sanitarias dirigidas a educar y responsabilizar de su salud a toda la población, esté sana o enferma. A pesar del esfuerzo e impulso realizado en los últimos años, se hace necesario seguir impulsando una mayor integración de la EpS en el Sistema Sanitario Público de Extremadura. Ésta debe ejercerse en los dos niveles asistenciales: atención primaria y unidades de apoyo (cuyo ámbito de actuación es la zona de salud) y en el segundo nivel (atención especializada ambulatoria y hospitalaria de cada área de salud).

Los hábitos de vida que en mayor medida influyen actualmente en el nivel de salud de la población son, entre otros: la alimentación inadecuada, la inactividad física, la higiene deficitaria, y conductas adictivas como fumar, la excesiva ingesta de alcohol y el consumo de otras drogas. Las modificaciones oportunas en los hábitos alimentarios han

CAPÍTULO

demostrado su eficacia en el control de buen número de enfermedades, pero para ello se hace necesaria la EpS en materia nutricional, la cooperación intersectorial y la promoción de la responsabilización de los ciudadanos respecto a su propia salud.

Los cambios socioeconómicos, demográficos y tecnológicos ocurridos a lo largo de los años han dado lugar a un cambio en las pautas de alimentación y de actividad física, cada vez menos saludables, susceptibles de ser mejoradas mediante intervenciones de EpS sobre escolares, padres y madres, otros adultos y mayores. Las intervenciones en los ámbitos sanitario, educativo y de la comunidad (familiar, laboral, etc.), para promover estilos adecuados de alimentación, actividad física y de ocio se consideran claves para inculcar hábitos saludables desde edad temprana y prevenir problemas de salud como la obesidad. En este sentido, por ejemplo, los trabajadores sociales de los servicios sociales de base deben jugar un papel importante.

Como recomienda la OMS, combatir la obesidad infantil ayuda a prevenir la diabetes. En este sentido, la relación entre obesidad y diabetes está más que probada. Aproximadamente el 90% de las personas con diabetes padecen la denominada tipo 2 y, de ellos, una inmensa mayoría presenta sobrepeso u obesidad. El sobrepeso y la obesidad incrementan fuertemente el riesgo de sufrir muchas enfermedades crónicas, entre las que destacan la diabetes *mellitus* tipo 2, las enfermedades vasculares y algunos tipos de cáncer.

Por otra parte, existe evidencia de la efectividad del consejo clínico en el cambio de comportamientos relacionados con la salud de los pacientes en riesgo. Es necesario llevar a cabo el consejo clínico de forma individualizada, teniendo en cuenta las características personales para favorecer, de forma más efectiva, la alimentación saludable, el ejercicio físico y recomendar el abandono del hábito tabáquico, entre otros aspectos.

Otros campos de actuación de relevancia en EpS son el uso racional de medicamentos y la utilización adecuada de los servicios sanitarios, debido a la importancia que estos temas tienen en salud pública y a que son susceptibles de acciones en el campo de la EpS.

La introducción de programas de EpS de promoción del ejercicio físico en el manejo de la depresión y otros problemas de salud mental permite una mayor eficiencia de los tratamientos de éstos.

En Extremadura, se ha considerado a la EpS como un proceso que persigue estilos de vida saludables, evitando los factores de riesgo ambientales y promoviendo la mejora de los servicios sanitarios con una atención integral a la salud. La EpS se ha aplicado transversalmente en la planificación y gestión de los diferentes planes y pro-

CAPÍTULO

gramas sanitarios llevados a cabo durante las dos últimas décadas. En este sentido, recientemente, se ha impulsado con mayor fuerza la apuesta realizada por Extremadura en el ámbito de la EpS, con la elaboración, aprobación y puesta en marcha del Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura.

El *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, como en sus anteriores ediciones, propugna que la EpS es un instrumento de PS que ayude al individuo y a la comunidad a responsabilizarse de su propia salud; una actividad participativa y multidisciplinar que logre que nuestro entorno se centre en hábitos y estilos de vida sanos y aumente, en definitiva, los comportamientos favorables a la salud en Extremadura. Para ello, como se ha citado, se ha elaborado e implantado el PMEps 2007-2012 referente regional, para las actuaciones en este campo, e impulsor de estrategias institucionales y de organizaciones no gubernamentales. Este PMEps es el primer plan estratégico de EpS que, en España, realiza un abordaje integral de la misma en los ámbitos fundamentales que recomienda la OMS: educativo, sanitario y sociocomunitario y laboral. Esta perspectiva, permite un mayor nivel de efectividad en las intervenciones de EpS. Además considera las necesidades sentidas de los profesionales (principalmente a través del Estudio sobre Aspectos Prioritarios de Educación para la Salud en Extremadura), lo que garantiza una visión más próxima a sus demandas y dificultades y una mayor implicación de los mismos. Asimismo, contempla especialmente la perspectiva de género y establece actuaciones específicas para garantizar la igualdad efectiva entre hombres y mujeres.

El PMEps, que pretende contribuir al impulso y consolidación de las estrategias de EpS en Extremadura, se inspira en los siguientes principios: la consecución de unos niveles óptimos de salud y de bienestar social de la población; la reducción de inequidades y el aumento de la calidad de la atención y la información a la población; la promoción de la igualdad efectiva entre hombres y mujeres; la optimización de la colaboración y coordinación interinstitucional en las acciones e intervenciones en EpS, que posibiliten la evaluación de las necesidades y los recursos disponibles; la participación de todos los ámbitos implicados en la EpS; la efectividad y la eficiencia; la accesibilidad en condiciones de igualdad y no discriminación; y la adecuación de los servicios a las necesidades de la población y la satisfacción de los usuarios

El *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* enuncia la necesidad de implementar y facilitar todas aquellas acciones encaminadas a la consecución de los objetivos y estrategias contempladas en el PMEps 2007-2012, y especialmente las recogidas en el conjunto de líneas de actuación específicas.

Los objetivos y líneas de actuación enunciados en esta Área de Intervención se harán extensivos al resto de Áreas del *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*.

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

V CAPÍTULO

OBJETIVO 24.- Implementar y facilitar todas aquellas acciones encaminadas a la consecución de los objetivos y estrategias contempladas en el Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura 2007-2012 (PMEpS).

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Elementos de apoyo y transversales

24.1. Creación del Consejo Asesor de EpS de Extremadura del que formen parte representantes de las diversas Administraciones y profesionales de reconocido prestigio.

Responsable: Consejería de Sanidad y Dependencia

Evaluación: Existencia de dicho Consejo antes de finalizar el periodo de vigencia del PSE

24.2. Impulso de un marco normativo de coordinación que favorezca el desarrollo de estrategias de EpS en Extremadura y garantice un óptimo cumplimiento de los objetivos y líneas de actuación del PMEpS.

Responsables: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD
Dirección General de Salud Pública del SES

Dirección General de Calidad y Equidad Educativa de la Consejería de Educación

Dirección General de Política Educativa de la Consejería de Educación

Dirección General de Deportes de la Consejería de los Jóvenes y del Deporte

Evaluación: N° y tipo de normativa que legisle sobre EpS

Existencia de un marco normativo de coordinación antes de finalizar 2010

24.3. Impulso de los equipos multidisciplinares de EpS (EMEps), en las Gerencias de Área de Salud, encargados de la promoción y dinamización de la EpS, con la existencia de un responsable con dedicación plena.

Responsables: Dirección Gerencia del SES

Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: N° de actuaciones de los EMEps en las Gerencias de las áreas de salud, y constituidos al menos por dos profesionales con titulaciones diferentes

24.4. Impulso de encuentros multidisciplinares sobre EpS, con objeto de intercambiar experiencias y propuestas entre profesionales interesados.

Responsables: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD

Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD

Dirección General de Política Educativa de la Consejería de Educación

CAPÍTULO V

Dirección General de Calidad y Equidad Educativa de la Consejería de Educación
 Dirección General de Deportes de la Consejería de los Jóvenes y del Deporte
 IMEX. Consejería de Igualdad y Empleo
 Dirección General de Inclusión Social y Prestaciones de la Consejería de Igualdad y Empleo
 ONGs

Evaluación: N° de encuentros multidisciplinares realizados al año
 Existencia de documento con conclusiones y lista de participantes

24.5. Búsqueda de elementos de reconocimiento de las actuaciones en EpS.

Responsables: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD
 Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
 Dirección General de Política Educativa de la Consejería de Educación
 Dirección General de Calidad y Equidad Educativa de la Consejería de Educación
 Dirección General de Deportes de la Consejería de los Jóvenes y del Deporte
 Corporaciones locales y Mancomunidades
 Organizaciones Comunitarias

Evaluación: Tipos de elementos de reconocimiento de las actuaciones en EpS, por ámbitos fundamentales.

Ámbito sanitario

24.6. Elaboración y difusión de materiales de EpS, relacionados con la adquisición de hábitos de vida saludables, para los diferentes grupos de población sobre los que actuar desde el ámbito sanitario.

Responsables: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD
 Dirección General de Salud Pública del SES
 Direcciones de Salud del SES
 EMEpS de las Gerencias de las áreas de salud del SES
 Dirección General de Calidad y Equidad Educativa de la Consejería de Educación

Evaluación: N° de centros sanitarios que disponen materiales de EpS
 N° y tipo de materiales de EpS elaborados y distribuidos a los distintos agentes o asociaciones

24.7. Desarrollo de los cambios estructurales y organizativos necesarios para la realización y/o potenciación de actividades de EpS en la consulta de atención primaria (programada o a demanda) y en el entorno de la actividad de atención especializada, especialmente en la asistencia de enfermos crónicos y la salud infantil y del adolescente.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
 Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
 Dirección General de Salud Pública del SES
 Gerencias de las áreas de salud del SES
 EMEpS de las Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: N° y contenido de las actividades de EpS programadas y ejecutadas por EAP y unidades de apoyo, por área de salud
N° y contenido de las actividades de EpS por unidad de hospitalización, consulta o servicio, por área de salud

24.8. Potenciación de las actividades de EpS como aspecto prioritario en los contratos de gestión del SES para atención primaria y especializada, con la participación de todos los profesionales.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Dirección General de Salud Pública del SES
Direcciones de Salud del SES

Evaluación: N° de centros sanitarios que desarrollan actividades de EpS regladas (grupal) incluidas en el contrato de gestión, por área de salud
Porcentaje de cumplimiento de los objetivos de los contratos de gestión referidos a la EpS, por centro sanitario

24.9. Asignación de un responsable de EpS del equipo de atención primaria, entre los profesionales sanitarios que conforman el mismo, que actuará como referente para el resto del EAP, ámbito educativo y socio-laboral y que coordinará todas las actividades de EpS en su zona de salud.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Dirección General de Salud Pública del SES
Direcciones de Salud del SES

Evaluación: Porcentaje de EAPs que cuentan con la figura del responsable de EpS

24.10. Asignación de al menos un responsable de EpS en especializada, entre los profesionales sanitarios que conforman el equipo asistencial en el ámbito de la atención especializada, que actuará como referente para el ámbito hospitalario, donde impulsará la EpS y como apoyo al EMEpS del área de salud correspondiente.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Dirección General de Salud Pública del SES
Direcciones de Salud del SES

Evaluación: Porcentaje de equipos asistenciales de atención especializada con responsable de EpS
Existencia de, al menos, una persona que se constituya en dicha figura por centro hospitalario.
N° y descripción de actividades realizadas con el EMEpS

CAPÍTULO V

Ámbito educativo

24.11. Potenciación y consolidación de la Red Extremeña de Escuelas Promotoras de Salud y apoyo a las Redes Extremeñas de Apoyo Social e Innovación Educativa.

Responsables: Dirección General Calidad y Equidad Educativa de la Consejería de Educación

Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD

Dirección General de Salud Pública del SES

Centros de Profesores y Recursos de la Consejería de Educación

Dirección General de Política Educativa de la Consejería de Educación

EMePS de las Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Porcentaje de centros educativos pertenecientes a la RExEPS por CPRs
Nº y tipo de intervenciones y colaboraciones entre centros educativos y sanitarios registrados para cada EMePS

24.12. Elaboración de manuales sobre metodología, evaluación y calidad de las intervenciones de EpS en las diferentes etapas educativas, dirigidos a la comunidad educativa, como guías que permitan optimizar la efectividad de dichas intervenciones.

Responsables: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD

Dirección General de Salud Pública del SES

Gerencias de las áreas de salud del SES

Dirección General Calidad y Equidad Educativa de la Consejería de Educación

Dirección General de Política Educativa de la Consejería de Educación

Evaluación: Existencia de manuales

Nº de manuales elaborados anualmente

24.13. Elaboración del Programa de Educación para la Salud en la Escuela.

Responsables: Dirección General Calidad y Equidad Educativa de la Consejería de Educación

Dirección General de Política Educativa de la Consejería de Educación

Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD

Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación: Existencia del Programa de Educación para la Salud en la Escuela, antes de 2011

24.14. Identificación de un responsable/impulsor de EpS en cada centro educativo, con formación específica, que se coordinará con los EAPs y con las entidades socio-comunitarias e impulsará la EpS en la comunidad educativa de pertenencia.

Responsables: Dirección General Calidad y Equidad Educativa de la Consejería de Educación

Dirección General de Política Educativa de la Consejería de Educación

Evaluación: Porcentaje de centros educativos con responsable de EpS

24.15. Fomento en todos los centros educativos de un tratamiento preferentemente transversal de la EpS que integre diversos aspectos de la acción educativa (formativos, organizativos, curriculares y relacionales).

Responsables: Dirección General Calidad y Equidad Educativa de la Consejería de Educación
Dirección General de Política Educativa de la Consejería de Educación

Evaluación: N° de centros con programas específicos y tiempo destinado a la EpS
N° de centros con programas específicos de EpS adaptados al alumnado en Extremadura

24.16. Impulso especial en promoción de la salud frente a la obesidad infantil y juvenil en centros educativos.

Responsables: Dirección General Calidad y Equidad Educativa de la Consejería de Educación
Dirección General de Política Educativa de la Consejería de Educación
Dirección General de Salud Pública del SES
Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD

Evaluación: Porcentaje de centros educativos que realizan acciones de promoción sobre ejercicio físico y alimentación saludable a través de programas específicos

Ámbito sociocomunitario y laboral

24.17. Inclusión de acciones formativas en EpS con contenidos para fomentar y velar por la igualdad entre hombres y mujeres.

Responsables: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD
Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
Escuela de Administración Pública de la Consejería de Administración Pública y Hacienda
Dirección General Calidad y Equidad Educativa de la Consejería de Educación
Dirección General de Política Educativa de la Consejería de Educación
Instituto de la Mujer de Extremadura de la Consejería de Igualdad y Empleo
Consejería de los Jóvenes y del Deporte

Evaluación: N° de acciones formativas realizadas anualmente con contenidos referentes a la igualdad de género

24.18. Sensibilización de los trabajadores de Extremadura sobre la importancia de la EpS como herramienta de prevención de accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo y otros daños a la salud.

Responsables: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD
Dirección General de Personal Docente de la Consejería de Educación
Organizaciones empresariales
Centrales sindicales
Consejería de Administración Pública y Hacienda

Evaluación: N° de actuaciones de sensibilización dirigidas a los trabajadores de Extremadura

CAPÍTULO V

Formación e investigación en EpS

24.19. Aumento de la oferta formativa en EpS en los centros de formación específicos (Escuela de Administración Pública de Extremadura, Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud, Centros de Profesores y Recursos y otros) por las distintas instituciones y entidades.

Responsables: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD
Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud de la CSD
Centros de Profesores y Recursos de la Consejería de Educación
Dirección General de Educación Superior y Liderazgo de la Consejería de Economía, Comercio e Innovación
Escuela de Administración Pública de la Consejería de Administración Pública y Hacienda
Centro Extremeño de Formación Deportiva de la Consejería de los Jóvenes y del Deporte
Universidad de Extremadura
FUNDESALUD

Evaluación: N° de actividades formativas anuales de EpS realizadas en los centros de formación específicos
N° de participantes por ámbito

24.20. Establecimiento de líneas de investigación en EpS en los diversos ámbitos implicados, de conformidad con lo establecido en el Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura 2007-2012.

Responsables: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD
Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
Dirección General de Política Educativa de la Consejería de Educación
Dirección General Calidad y Equidad Educativa de la Consejería de Educación
Dirección General de Innovación y Competitividad Empresarial de la Consejería de Economía, Comercio e Innovación
Dirección General de Educación Superior y Liderazgo de la Consejería de Economía, Comercio e Innovación
Servicio Extremeño de Salud
Consejería de los Jóvenes y del Deporte
Consejería de Igualdad y Empleo
Universidad de Extremadura
Consejo asesor de EpS
FUNDESALUD.

Instituto de la Mujer de Extremadura de la Consejería de Igualdad y Empleo
Evaluación: Existencia de líneas de investigación específicas en EpS en los diversos ámbitos implicados
N° de líneas de investigación en EpS creadas en los diversos ámbitos implicados

12. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y CONSUMO SALUDABLE

CAPÍTULO

La calidad sanitaria de los alimentos es una preocupación creciente en todo el mundo. Disponer de alimentos seguros, saludables e inocuos incrementa el nivel de salud y bienestar de la población y se ha convertido en una exigencia irrenunciable de los consumidores.

El mantener un alto nivel de Seguridad Alimentaria corresponde no sólo a la Administración pública, sino también a los empresarios, productores agrarios y consumidores. Por tanto, las iniciativas en este ámbito serán fruto del esfuerzo coordinado de todos los sectores y se pondrá especial énfasis en la participación y colaboración de los agentes sociales.

Existen determinadas estructuras en el ámbito europeo -EFSA (Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria) y nacional- AESAN (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición) que orientan sus actuaciones conforme a estos principios, que se han desarrollado como respuesta a las situaciones de crisis alimentarias sanitarias (dioxinas en carne de aves en Bélgica, bebidas refrescantes en Francia y Bélgica, encefalopatía espongiiforme, etc.) que hicieron plantearse una nueva estrategia a aplicar y, que en la Unión Europea culminó con la aprobación del Libro Blanco de Seguridad Alimentaria (2000) y su desarrollo en el Reglamento (CE) nº 178/2002 donde se proponen reformas legislativas y organizativas que garanticen la Seguridad Alimentaria en los siguientes ámbitos: control sanitario de los alimentos; alimentación, sanidad y el bienestar animal; sanidad vegetal; medio ambiente; nutrición humana y política de consumo; y responsabilidad de los operadores alimentarios desde la producción a la venta.

En dicho Reglamento también se establece la garantía que deben proporcionar las autoridades competentes a través de sus sistemas de vigilancia y control sanitario, la necesidad de instaurar un sistema de trazabilidad, el principio de transparencia y el fomento de la participación de los sectores implicados logrando apoyos y alianzas para responder eficazmente a los retos planteados, considerando el diálogo como guía para el entendimiento social y base necesaria para generar credibilidad y confianza; la incorporación de la metodología científica al análisis de riesgo (determinación, gestión y comunicación del riesgo alimentario), que permita establecer medidas eficaces, proporcionadas y específicas para proteger la salud; el principio de cautela o precaución como criterio en la toma de decisiones sobre la gestión de los riesgos para la salud; la existencia de procedimientos convenientemente adaptados y rápidos para la gestión de crisis que permitan mejorar la coordinación y la toma de decisiones científicamente fundadas, etc.

CAPÍTULO V

En España, el ordenamiento jurídico obliga a que las Administraciones públicas garanticen la seguridad de los alimentos como una concreción del derecho a la protección de la salud (art. 43 de la Constitución Española).

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad asigna a las Administraciones públicas el control sanitario y la prevención de los riesgos derivados de los productos alimenticios.

Por otra parte, la Ley 8/2003, de 24 de abril, de Sanidad Animal, tiene entre sus fines la protección de la salud humana y animal mediante la prevención, lucha, control y, en su caso, erradicación de las enfermedades de los animales susceptibles de ser transmitidas a la especie humana o que impliquen riesgos sanitarios que comprometan la salud de los consumidores y la prevención de los riesgos para la salud humana derivados del consumo de productos alimenticios de origen animal que puedan ser portadores de sustancias o aditivos nocivos o fraudulentos, así como de residuos perjudiciales de productos zoonosológicos o cualesquiera otros elementos de utilización en terapéutica veterinaria.

En Extremadura, la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, establece el marco normativo de la política en materia de sanidad, correspondiéndole con relación al SSPE, el ejercicio de las competencias en materia de intervención pública para la protección de la salud y en especial las actividades alimentarias de uso humano. Por otra parte, la Ley de Salud define las competencias de las Corporaciones locales relacionadas con el control sanitario, los programas de promoción, educación y protección de la salud y la participación; complementarias de las establecidas en la Ley 14/1986 y la Ley 7/1985 Reguladora de las Bases de Régimen Local.

El *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* propone asumir un concepto de Seguridad Alimentaria que relaciona la alimentación con la salud, con la inocuidad alimentaria, con la percepción, la confianza y las expectativas que tienen los ciudadanos.

Para ello, define un marco donde se encuentren integrados los principios y metodologías del análisis de riesgos, el aseguramiento de la calidad de los servicios, la participación de todas las partes implicadas y la coordinación de acciones; procurando que un elevado nivel de seguridad alimentaria tenga como base un elevado nivel de información y confianza ciudadana, yendo un paso más allá de la simple protección de la salud respecto a las enfermedades transmitidas por los alimentos.

Ello se justifica, en parte, porque siendo un componente tradicional de la Salud Pública, la Seguridad Alimentaria ocupa de hecho una posición marginal con respecto

CAPÍTULO

al sector asistencial a pesar de la importancia estratégica de su misión, siendo en general invisible para la comunidad e incluso para una buena parte de los servicios sanitarios.

Dicho marco viene definido, entre otras estrategias, por la creación de la Agencia Extremeña de Seguridad Alimentaria en el seno de la próxima Ley de Salud Pública, el desarrollo del Plan Marco de Seguridad Alimentaria, la priorización de la ejecución de las políticas de Seguridad Alimentaria en el Plan Estratégico del SES, y la mejora continua de los sistemas de información.

La Agencia Extremeña de Seguridad Alimentaria se concibe como un órgano funcional con objetivos relacionados con la coordinación, participación y asesoramiento en materia de Seguridad Alimentaria, con un enfoque científico-técnico y global de la producción de alimentos desde la producción primaria hasta el consumo.

Se precisa revisar y proseguir con la ejecución del Plan Marco de Seguridad Alimentaria que incluirá, entre otros, un Plan Regional de Control de la Cadena Alimentaria en línea con el futuro Plan Nacional de Control de la Cadena Alimentaria, que contemple: el control oficial de todos los eslabones de la cadena alimentaria, el papel funcional de los agentes implicados y los objetivos, líneas de actuación e indicadores de evaluación de los programas incluidos en el mismo.

Por otra parte el nuevo Plan Estratégico del SES deberá incorporar la Seguridad Alimentaria como línea de Desarrollo Estratégico, donde se formulen los objetivos, acciones e indicadores de evaluación.

Es necesario también dirigir los esfuerzos hacia las nuevas tecnologías y los nuevos sistemas de información. Los mismos, deberán permitir la integración y la mejora continua de la información en este área (integrada, de calidad, fiable, compatible, comparable y a ser posible georeferenciada), potenciando, creando o desarrollando sistemas de base informática que faciliten y agilicen la toma de decisiones de la gestión del riesgo y den soporte a los distintos programas implantados, y que permita recopilar datos para generar conocimiento, sean comparables y posibiliten responder a las demandas de mejor información y transparencia otorgando un valor añadido a la salud, orientadas con la Estrategia en materia de salud de la Unión Europea 2008-2013 “Juntos por la Salud”.

La implantación de políticas de calidad en los Laboratorios Oficiales implicados en materia de Seguridad Alimentaria exige continuar con la certificación de los mismos y la acreditación de las técnicas laboratoriales que permita realizar los controles ofi-

CAPÍTULO V

ciales de vigilancia, cumpliendo los requisitos normativos y los relacionados con la calidad y seguridad alimentaria.

Siendo los profesionales con responsabilidad en el control de la cadena alimentaria nuestro mayor valor y garantía, el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* propugna atender prioritariamente todo lo relacionado con su formación a nivel científico y tecnológico mediante la creación de programas específicos de formación que faciliten la mejora continua de la calidad.

Se continuará impulsando y facilitando la participación de los profesionales relacionados con el control de la cadena alimentaria, los estamentos académicos y otros sectores relacionados con la Seguridad Alimentaria en las líneas de investigación que sobre esta materia se establezcan en el próximo Plan Regional de Investigación, Desarrollo e Innovación de la Junta de Extremadura .

OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

OBJETIVO 25.- Crear la Agencia Extremeña de Seguridad Alimentaria, antes de 2011.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

25.1. Creación de la Agencia Extremeña de Seguridad Alimentaria en el marco de la próxima Ley de Salud Pública de Extremadura, con la misión de prestar servicios de coordinación, participación y asesoramiento en materia de seguridad alimentaria a los centros gestores de la Junta de Extremadura.

Responsables: Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura
Asamblea de Extremadura

Evaluación: Creación de la Agencia Extremeña de Seguridad Alimentaria

25.2. Ordenación normativa y funcional de la Agencia Extremeña de Seguridad Alimentaria, de conformidad con los objetivos y actuaciones estratégicas enunciados en la Tabla 3.

Responsable: Consejo Gobierno de la Junta de Extremadura

Evaluación: Existencia de la norma de organización y funcionamiento de la Agencia Extremeña de Seguridad Alimentaria

Tabla 3

AGENCIA EXTREMEÑA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA**CAPÍTULO****MISIÓN:**

Prestar servicios de coordinación, participación y asesoramiento en materia de Seguridad Alimentaria.

VISION:

Elevar el nivel de protección y seguridad alimentaria de los consumidores.

OBJETIVOS Y ACTUACIONES ESTRATÉGICAS DE LA AGENCIA**1. Coordinar las actuaciones de las Administraciones públicas con competencias en materia de seguridad alimentaria.**

- Designación de los departamentos de enlace que establecerán los procedimientos eficaces de coordinación y cooperación.
- Desarrollo e impulso de programas conjuntos (interdepartamentales).
- Establecimiento de los mecanismos y vías de intercambio de información.
- Constitución de comités de crisis y emergencias, en su caso.
- Constitución de comisiones técnicas de coordinación interdepartamentales.

2. Impulsar la participación comunitaria en materia de seguridad alimentaria.

- Creación de un órgano de participación comunitaria, que incluya todos los órganos administrativos con competencias en la materia, agentes sociales, asociaciones profesionales relacionadas, etc.
- Diseño y puesta en marcha de cauces de comunicación permanente.
- Promoción de estrategias de información general y sobre la participación.

3. Evaluar los riesgos alimentarios.

- Constitución del Comité Científico Asesor en Seguridad Alimentaria de la Agencia.
- Creación y coordinación de grupos de expertos que realicen actividades de evaluación del riesgo.- Asesoramiento científico y técnico sobre los aspectos que incidan en la salud y seguridad de los ciudadanos por el consumo de alimentos.
- Establecimiento de los procedimientos correspondientes para la emisión de informes, dictámenes y recomendaciones.

4. Potenciar la formación, investigación, desarrollo e innovación en materia de seguridad alimentaria.

- Creación de la Comisión de Formación en Seguridad Alimentaria para la elaboración y seguimiento del plan de formación específica a impartir por la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud, las Gerencias de Área del SES, la Escuela de Administración Pública de Extremadura, la Universidad de Extremadura y otros organismos públicos de formación.
- Fomento de la investigación en seguridad alimentaria.
- Formación en auditorías de buenas prácticas de higiene y procedimientos basados en el sistema APPCC, de los profesionales competentes en control oficial de productos alimenticios.

5.- Velar para que se ofrezca una información rápida, fiable, objetiva y comprensible a los agentes implicados en la cadena alimentaria y a los consumidores.

- Elaboración de un protocolo de Comunicación de Riesgos para situaciones de crisis y emergencias alimentarias.
- Fomento de la divulgación, sensibilización y educación sanitaria en materia de seguridad alimentaria y consumo responsable.

CAPÍTULO V

OBJETIVO 26.- Revisar e impulsar la ejecución del Plan Marco de Seguridad Alimentaria (PLAMSA) de Extremadura, durante el período de vigencia del Plan de Salud.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

26.1. Revisión y ejecución del PLAMSA de Extremadura según los objetivos y líneas de actuación definidas en el Plan de Salud anterior y en consonancia con el futuro Plan Nacional de Control de la Cadena Alimentaria.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
 Direcciones de Salud del SES
 Dirección General de Explotaciones Agrarias y Calidad Alimentaria de la Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural
 Dirección General del Medio Natural de la Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente

Evaluación: Actualización del PLAMSA

26.2. Completar el diseño y aplicación de los programas de control oficial de los piensos y alimentos.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
 Dirección General de Salud Pública del SES
 Direcciones de Salud del SES
 Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural

Evaluación: Existencia de todos los programas de control de piensos y alimentos contemplados en el Plan Marco

26.3. Completar el diseño y aplicación de los programas de control de las enfermedades de transmisión alimentaria.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
 Dirección General de Salud Pública del SES
 Direcciones de Salud del SES
 Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural

Evaluación: Existencia de todos los programas de control de enfermedades de transmisión alimentaria contemplados en el Plan Marco

26.4. Desarrollo de los Procesos de Control Oficial de la Cadena Alimentaria (documentación, evaluación, auditoría, etc.).

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
 Dirección General de Salud Pública del SES
 Direcciones de Salud del SES
 Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural

Evaluación: Existencia de PNT sobre todos los procesos de Control Oficial de la Cadena Alimentaria

26.5. Completar la implantación y verificación de los programas de buenas prácticas higiénicas (BPH) y/o de análisis de peligros y puntos de control crítico (APPCC) en los establecimientos alimentarios.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección General de Salud Pública del SES
Direcciones de Salud del SES
Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural

Evaluación: Implantación de programas de BPH y/o de APPCC en la totalidad de los establecimientos alimentarios y establecimiento progresivo de la verificación de los mismos

26.6. Homogeneización, sistematización y validación de los procedimientos, propiciando el desarrollo de guías o procesos comunes, para las distintas actuaciones de vigilancia y control en toda la cadena alimentaria.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección General de Salud Pública del SES
Direcciones de Salud del SES
Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural

Evaluación: Existencia de PNT en las actuaciones de vigilancia y control

26.7. Desarrollo de sistemas de información potentes, modernos e integrados en materia de seguridad alimentaria (Proyecto Jara y otros).

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia del SES
Dirección General de Salud Pública del SES
Direcciones de Salud del SES
Dirección General de Explotaciones Agrarias y Calidad Alimentaria de la Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural

Evaluación: Existencia de Sistemas de Información en materia de seguridad alimentaria

26.8. Dotación de recursos tecnológicos suficientes para la realización de las actividades derivadas del PLAMSA de Extremadura.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección General de Salud Pública del SES
Direcciones de Salud del SES
Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural

Evaluación: Adecuación de los recursos tecnológicos a disposición de los agentes de control oficial de la cadena alimentaria

26.9. Continuación del proceso de certificación y acreditación de los Laboratorios Oficiales implicados en toda la cadena alimentaria, de la Universidad de Extremadura y otros laboratorios públicos de investigación.

CAPÍTULO V

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural

Evaluación: Existencia de Laboratorios certificados y con al menos el 75% de sus técnicas analíticas acreditadas

26.10. Inclusión de la Seguridad Alimentaria como un objetivo fundamental en Salud Pública en el marco del nuevo Plan Estratégico del SES. Definición, en el mismo, de objetivos específicos, acciones e indicadores de evaluación en Seguridad Alimentaria.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación: Existencia de la Seguridad Alimentaria como objetivo estratégico base en Salud Pública en el nuevo Plan Estratégico del SES
% de cumplimiento de los indicadores de evaluación

13. SALUD MEDIOAMBIENTAL

CAPÍTULO

El medio que nos rodea resulta un determinante de significativa importancia para la salud de la colectividad. El agua que bebemos o ingerimos al ser utilizada en la elaboración de nuestra comida, el aire que respiramos, el interior de los edificios donde transcurren muchas horas de nuestra vida, el suelo sobre el que se asienta la agricultura y las edificaciones humanas, en definitiva, la calidad y la salubridad de nuestro entorno tienen una gran implicación en nuestro bienestar y salud. Los ciudadanos, cada vez más, tenemos una creciente preocupación ante las posibles implicaciones sanitarias derivadas de problemas de la salud medio ambiental.

La comunidad científica acepta constantemente nuevas evidencias de los efectos sobre la salud de contaminantes del medio. Entre los factores medioambientales que está demostrado afectan a la salud, están los que se describen en los párrafos siguientes.

La contaminación del aire, en ambientes cerrados y al aire libre, se ha correlacionado con afecciones respiratorias, tales como el asma y las alergias, y con afecciones cardiovasculares. La exposición al humo del tabaco durante el embarazo afecta la salud del niño, aumentando el riesgo de síndrome de muerte súbita entre los bebés, de déficit de peso al nacimiento, de un funcionamiento reducido de los pulmones, de asma, de insuficiencias respiratorias e incluso de infecciones del oído medio.

Los metales pesados, los compuestos orgánicos persistentes (COP), como, por ejemplo, las dioxinas, los Bifenilos Policlorados (PCB) y los plaguicidas provocan trastornos neurológicos del desarrollo. Los plaguicidas tienen probablemente un efecto sobre la situación inmunológica, la alteración de los procesos endocrinos, los trastornos neurotóxicos y el cáncer por lo que, teniendo en cuenta su elevada utilización, el control de sus vías de ingreso en el organismo humano debe estar siempre incluido entre las estrategias de los programas de lucha contra el cáncer.

Diversos agentes físicos, químicos y biológicos aumentan el riesgo de aparición de cáncer infantil. Está demostrado la correlación entre la exposición profesional de los progenitores a disolventes y la aparición del mismo, también se correlaciona con el humo del tabaco en el núcleo familiar. La radiación ultravioleta puede reprimir la respuesta inmunológica y constituye una de las principales fuentes de cáncer de piel en la población en general.

Los trastornos auditivos a temprana edad, están siendo evidenciados y asociados a niveles de ruido elevados, por los hábitos adquiridos por la población juvenil, desde hace algunos años. Así mismo, la investigación está demostrando que la exposición a

CAPÍTULO V

niveles de ruido elevados o persistentes cerca de las escuelas influye negativamente sobre el aprendizaje de los escolares. Pero además, el ruido urbano, sistemático o agudo y puntual que altere el descanso nocturno, se relaciona directamente con la aparición de trastornos mentales y del comportamiento, en la población de todas las edades. La Administración competente en materia de contaminación acústica es el Ayuntamiento, según la actual normativa autonómica (Decreto 19/1997, de 4 de febrero).

Consciente de todo ello, la Comisión de la Unión Europea se encuentra desarrollando una nueva “Estrategia europea de medioambiente y salud”, de 11 de junio de 2003. Dentro de esta estrategia se ha puesto en marcha una gran iniciativa sobre salud ambiental para los niños, (Iniciativa SCALE) que se desarrolla en dos ciclos temporales 2004-2010 y 2010-2015. Las siglas corresponden a los criterios sobre los que se asienta. Podemos decir que la iniciativa SCALE está: basada en la Ciencia (Science); orientada hacia la infancia (Children); destinada a fomentar la concienciación (Awareness); utiliza los instrumentos jurídicos (Legal instruments); lleva a cabo una evaluación (Evaluation).

Ha establecido, entre otras cosas, que los niños son el conjunto más susceptible a los efectos del medio ambiente, por lo que muchos de los esfuerzos dentro de las políticas se dedican a salvaguardar su desarrollo en un medio ambiente sano. Los objetivos principales son: reducir la carga de enfermedades causadas por factores medioambientales en la UE; identificar y prevenir las nuevas amenazas a la salud derivadas de factores medioambientales; y facilitar la instauración de políticas de este ámbito en la UE. El cumplimiento de estos objetivos facilitará la evaluación del impacto medioambiental global sobre la salud humana, tomando en consideración todos los efectos sobre la misma, tales como el llamado “efecto cóctel”, (exposición combinada de distintos factores) y los efectos acumulativos de los mismos. Sólo un desarrollo sostenible es compatible con la preservación de la salud de las personas.

La Ley 27/2006, de 18 de julio, por la que se regulan los derechos de acceso a la información, de participación pública y de acceso a la justicia en materia de medio ambiente, ha incorporado al ordenamiento jurídico interno de España las Directivas 2003/4/CE y 2003/35/CE. Reconoce el derecho del ciudadano a solicitar la información ambiental y ser atendido por las autoridades públicas, y el derecho a recibir información ambientalmente relevante por parte de la Administración, quién tiene la obligación de recogerla y hacerla pública sin necesidad de que medie una petición. Además también impone, a las administraciones competente, la obligación de difundir toda la información que pueda ser relevante para los ciudadanos. Resulta relevante la apuesta por las nuevas tecnologías y la obligación impuesta a la Administración, recogida explícitamente en el artículo 9 de la Ley, de difundir, de una forma efectiva, la información ambiental en casos de amenaza para la salud o el medio ambiente.

El *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* propugna la coordinación entre la administraciones local, autonómica y estatal en materia de protección de la Salud Medioambiental mediante la creación del Consejo de Salud Medioambiental de Extremadura y la elaboración de un Plan de Salud Medioambiental de Extremadura.

OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

OBJETIVO 27.- Elaborar e implantar el Plan Marco de Salud Medioambiental (PMSM), durante el periodo de vigencia del Plan de Salud.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

27.1. Elaboración y aprobación del PMSM, sobre la base de los objetivos y estrategias definidos en el presente Plan de Salud, recogidos en la Tabla 4.

Responsable: Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación: Existencia del documento aprobado del PMSM
Publicación del PMSM

27.2. Aprobación y puesta en funcionamiento del PMSM.

Responsables: Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura
Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación: Informe de resultados sobre el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos en el PMSM

OBJETIVO 28.- Crear y constituir, antes de 2010, la Comisión de Salud Medioambiental de Extremadura, como órgano responsable de la coordinación entre las administraciones local, autonómica y estatal, y del asesoramiento en materia de protección de la Salud Medioambiental.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

28.1. Elaboración y aprobación de la normativa por la que se regula la Comisión de Salud Medioambiental de Extremadura, en la que estarán representados todos los Organismos y Entidades con responsabilidades y funciones en materia de Salud Medioambiental.

Responsables: Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura
Consejería de Sanidad y Dependencia

Evaluación: Publicación de la norma legislativa reguladora

CAPÍTULO V

28.2. Constitución y puesta en funcionamiento de la Comisión de Salud Medioambiental de Extremadura.

Responsable: Consejería de Sanidad y Dependencia

Evaluación N° de reuniones de la Comisión de Salud Medioambiental
N° de acuerdos adoptados por la Comisión de Salud Medioambiental

28.3. Elevación de propuestas de actuación a la Comisión de Salud Medioambiental de Extremadura y colaboración con ella por parte de los diferentes Departamentos de la Junta de Extremadura, en aras de coordinar las actuaciones llevadas a cabo por aquellos agentes implicados en programas de gestión de salud medioambiental.

Responsable: Comisión de Salud Medioambiental

Evaluación: N° y tipificación (según magnitud y dificultad) de propuestas de actuación y de coordinación elevadas a la Comisión de Salud Medioambiental de Extremadura por parte de las Consejerías

Tabla 4

PLAN MARCO DE SALUD MEDIOAMBIENTAL

META

Mejorar la protección de la salud de la colectividad mediante la gestión de los factores medioambientales reconocidos como de riesgo y la prevención de las amenazas frente a los riesgos emergentes.

OBJETIVOS Y ACTUACIONES ESTRATÉGICAS

1. Mejorar el estado del medio tanto en ambiente exterior como en los interiores.

- Evaluación detallada de la situación del medio, en cada una de las áreas temáticas del Plan.
- Identificación de las principales actividades y sectores implicados y evaluación de su influencia sobre el medio.
- Moderación y ordenación de las actividades que afectan negativamente al estado del medio.

2. Definir las responsabilidades y competencias en la gestión de las áreas temáticas abordadas.

- Establecimiento de las áreas temáticas sectoriales del Plan que, al menos, incluirá: calidad de las aguas; calidad del aire; calidad del suelo; seguridad química: instalaciones de riesgo interior y exterior; y riesgos sanitarios ambientales a grupos concretos de población.
- Establecimiento de las áreas temáticas transversales del Plan que, al menos, incluirá:
 - investigación y documentación epidemiológica sobre riesgos ambientales e información a los profesionales.
 - información y comunicación a la población del estado del medioambiente
 - formación continuada en el campo de la salud medioambiental
 - acciones transversales de educación para la salud en el campo del medioambiente

3. Reducir la exposición de la población extremeña a los contaminantes del medio.

- Diseño de acciones correctoras, sanitariamente recomendable y económicamente viable, encaminadas a la mejora del estado del Medioambiente.- Inclusión en la cartera de servicios del SES, desarrollando programas específicos, de los objetivos propuestos, relacionados con las áreas temáticas sanitario ambientales del Plan Marco de Salud Medioambiental, cuyas competencias han sido otorgadas a la Consejería de Sanidad y Dependencia por el Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura.
- Desarrollo por la Dirección General responsable de Medioambiente, de programas específicos, relacionados con las áreas temáticas sanitario ambientales del Plan Marco de Salud Medioambiental, cuyas competencias han sido otorgadas a la Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente.

- Desarrollo por otras Direcciones Generales de la Junta de Extremadura, y de los Ayuntamientos de Extremadura, en el ámbito de sus competencias, de cuantos registros y acciones de protección de la salud medioambiental vengan derivadas de la ejecución de sus competencias, y en coordinación con lo recomendado por el Consejo Asesor de Salud Medioambiental de Extremadura.
- Establecimiento de una Red de Vigilancia Aerobiológica en Extremadura, basada en los actuales captadores del SES, incluyendo al menos uno por cada Área de Salud.

4. Garantizar sistemas eficaces de información epidemiológicos a los profesionales.

- Promoción de estudios epidemiológicos en el área de la salud medioambiental en coordinación con los responsables de la epidemiología de la Comunidad Autónoma.
- Divulgación de la información a los profesionales responsables de la gestión de las diferentes áreas identificadas.

5. Garantizar sistemas de información a la población.

- Diseño y puesta en marcha de un sistema de información sanitario ambiental unificado, auspiciado y coordinado por el Consejo de Salud Medioambiental de Extremadura.

6. Potenciar la formación e investigación en salud medioambiental de los profesionales del SSPE.

- Plan de Formación de la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud.
- Estrategias de investigación en centros y servicios sanitarios.
- Estrategias de formación continuada de los centros y servicios sanitarios.

7. Potenciar la formación de los manipuladores de instalaciones y productos u otro personal con repercusión directa sobre la salud medioambiental de Extremadura.

- Programa de formación de aplicadores de plaguicidas.
- Programa de formación de mantenedores de instalaciones de riesgo de producir contaminación por Legionella; y de piscinas de uso colectivo.
- Plan de formación de controladores de estaciones de tratamiento de agua potable.
- Intervención en los programas de formación de socorristas de piscinas de uso colectivo y/o zonas de baño naturales.

CAPÍTULO V

14. SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL ESTADO DE SALUD: SALUD INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE, SALUD DE LA MUJER, SALUD DEL ADULTO Y SALUD DEL MAYOR.

Desde la perspectiva del ciclo vital de las personas, la promoción de la salud, su seguimiento y el control de la misma deben desarrollarse de forma continuada a lo largo de las diferentes etapas de la vida.

Existen periodos críticos de crecimiento y desarrollo, que van desde la gestación, la primera infancia y la niñez hasta la adolescencia, en las que una exposición a ciertos factores ambientales puede afectar de forma más importante al potencial de salud de los individuos que en otros momentos de la vida.

Del mismo modo, durante la niñez y la adolescencia que son fases muy sensibles en el desarrollo humano, se sientan las bases para las aptitudes sociales y cognitivas, los hábitos, las estrategias para afrontar la vida y los valores. Esas capacidades y actitudes que se van desarrollando determinarán, en gran medida, la trayectoria vital de las personas y tendrán repercusiones para la salud en las sucesivas etapas. Por ello, esta etapa constituye una oportunidad única para inculcar comportamientos saludables.

Así mismo, se acepta, comúnmente, el hecho de que los efectos acumulativos que tienen en la salud determinados factores no se limitan a la vida de un individuo, sino que se transmiten a las generaciones sucesivas a través de la herencia genética.

Desde hace años, en el ámbito sanitario de Extremadura se viene realizando un esfuerzo importante en el campo de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, contando desde el año 2007 con un Programa de Salud Infantil y del Adolescente, implantado hoy en toda Extremadura, tal y como fue propugnado desde el *Plan de Salud de Extremadura 2005-2008*.

En consecuencia con lo expuesto, el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* contempla la salud infantil y del adolescente, de la mujer, del adulto y de los mayores como espacios prioritarios de intervención, ya que los problemas de salud relacionados con estas etapas son de suma trascendencia, no sólo por su frecuencia, sino también por la gravedad y las repercusiones socioeconómicas que ocasionan. Máxime, cuando la mayor parte de estos problemas son en gran medida prevenibles, si se establece un seguimiento del estado de salud y medidas de actuación en caso de desviaciones del mismo.

En la actualidad, sigue siendo necesaria la sensibilización de los ciudadanos y usuarios del SSPE en relación con la salud que afectan a la infancia y adolescencia, a la mujer, a la edad adulta, a la madurez y la ancianidad, y que requieren respuestas y actitudes sociales y particulares positivas. Merecen especial atención los referidos al conocimiento y cumplimiento de las actuaciones recomendadas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la adecuada utilización de los recursos y servicios sanitarios, y el cumplimiento de las recomendaciones emitidas en materia de salud, evitando los posibles riesgos y tratando de aumentar la implicación y responsabilidad de las personas en la salud y bienestar, tanto individual como colectivamente, e implicando a su entorno más próximo.

Por todo ello, durante el periodo de vigencia del *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, se fomentará el adecuado desarrollo de los planes y programas de salud como instrumentos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, imprescindibles para la salud física y mental de las personas, y que persiguen la adquisición de hábitos y conductas saludables, en especial relacionadas con la dieta saludable, el desarrollo del ejercicio y actividad física, la salud sexual, la prevención de los trastornos del comportamiento alimentario, la prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, así como el resto de conductas adictivas. Entre ellos se encuentran: el Plan Integral de Diabetes; el Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares; el Plan Integral contra el Cáncer en Extremadura; el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura; el II Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas; el Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura; el Plan Integral de Salud Mental; y el Plan Estratégico del Servicio Extremeño de Salud, entre otros.

a) SALUD INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE

La atención a la salud del niño y del adolescente es una de las prioridades sanitarias en Extremadura, donde, al igual que en los territorios de nuestro entorno, ha mejorado la salud general de la población y las condiciones de vida, y donde el descenso de la mortalidad durante el primer año de vida y la mortalidad materna se ha visto reducida de forma muy importante, desde la década de los setenta.

Las causas más frecuentes de morbilidad infantil en los últimos años siguen siendo la prematuridad, las enfermedades genéticas, los defectos congénitos y los accidentes, configurándose como principales causas de discapacidad en el niño. Así mismo, las enfermedades raras o de baja prevalencia, están alcanzando una morbimortalidad en nuestro entorno cada día más importante. Han experimentado un descenso signifi-

CAPÍTULO V

cativo la mayoría de las enfermedades infecciosas graves, si bien han aparecido otras, como el sida.

Los cambios sociales derivados del fenómeno de la inmigración, entre otros, podrían hacer emerger patologías genéticas como la anemia de células falciformes e infecciosas como la tuberculosis, e introducir enfermedades hasta ahora desconocidas en nuestro país. Esto exige seguir apostando por mantener la vigilancia epidemiológica actual y conseguir altas coberturas vacunales en enfermedades inmunoprevenibles, así como la potenciación y actualización continua de los Programas de cribados

El seguimiento y control de la salud infantil está íntimamente ligado a la salud de la mujer y a procesos de carácter fisiológico que tienen lugar a lo largo de su vida, como son embarazo, parto y puerperio. La atención a la salud materno-infantil se ha caracterizado, en los últimos años, por un descenso de la natalidad y de la mortalidad, un cambio en la morbilidad y la utilización de nuevas tecnologías aplicadas al control y seguimiento de la salud de la mujer.

El *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, promueve impulsar el desarrollo del Programa de Salud Infantil y del Adolescente, haciendo hincapié en aspectos claves de la salud escolar como son: los exámenes de salud, la prevención de los trastornos por deficiencia de yodo, la educación para la salud en la escuela, la higiene y seguridad del medioambiente escolar, la prevención de accidentes y las inmunizaciones.

Además, propugna potenciar una atención integral más exigente y continuada de la mujer embarazada, del niño y del adolescente, a través del desarrollo de otros programas de prevención y detección precoz, diagnóstico, atención, seguimiento y rehabilitación.

b) SALUD DE LA MUJER

Desde el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* se insta a la incorporación y potenciación de la perspectiva de género en las acciones relacionadas con la salud, haciendo especial hincapié en la mejora de la calidad de la atención ante los posibles casos de violencia y maltrato físico, psicológico y sexual de la mujer.

Para ello se hace necesario identificar los principales problemas de género, e incorporar, en cada caso, propuestas concretas y específicas en los protocolos, programas y actuaciones en salud para dar respuesta a los mismos.

Se promoverán las acciones dirigidas a mejorar el bienestar y la calidad de vida de las mujeres, con especial atención a reducir el rol de cuidadoras, estableciendo progra-

mas de formación, apoyo y descanso para aquellas que estén al cuidado de personas con enfermedades crónicas o falta de autonomía.

Resulta de especial interés la sensibilización de la población, desde la infancia y adolescencia en la igualdad de sexos y la prevención de la violencia de género, así como la formación continuada de los profesionales sanitarios y educativos en perspectiva de género y salud.

c) SALUD DEL ADULTO

Los objetivos y acciones establecidos para los próximos cuatro años, estarán dirigidos hacia la promoción de personas y hogares saludables promotores de salud, siendo los últimos, junto con la escuela, espacios decisivos para generar y transmitir hábitos y conductas “sanas o potenciadoras de salud”.

Tanto en la edad adulta como en la siguiente etapa de mayores de 65 años, resulta de especial interés el adecuado desarrollo de planes y programas sanitarios, que propugnados por el *Plan de Salud de Extremadura 2005-2008*, se encuentran actualmente implantados en Extremadura.

El *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* prioriza el fomento de la actividad física y la alimentación saludable, en prevención del sobrepeso y de otros problemas de salud (enfermedades cardiovasculares, metabólicas, osteoarticulares, cáncer, enfermedades mentales, drogodependencias y otras conductas adictivas,...), además del abordaje protocolizado del dolor crónico, la fibromialgia y la fatiga crónica, junto a un acercamiento positivo y respetuoso hacia la salud sexual, que permita que los derechos sexuales de todas las personas sean respetados, protegidos y cumplidos. Se favorecerá la participación comunitaria y la adquisición de conocimientos por parte de la población general dirigidas a la mejora del uso adecuado y responsable de los medicamentos y de los servicios sanitarios, así como la concienciación de la responsabilidad de la persona en la mejora y cuidado de su propia salud.

d) SALUD DEL MAYOR

Durante la última década, la población extremeña se ha visto envejecida de manera considerable, llegando a las 207.081 personas en el año 2008 con 65 y mas años de edad (superando las estimaciones de población para este año en mas de 4.000 personas), y alcanzando a las cifras previstas de proyección de población de esa edad para el año 2012.

CAPÍTULO V

Este envejecimiento poblacional está comportando un importante y progresivo aumento de la morbilidad asociada a procesos crónicos y degenerativos frecuentemente incapacitantes.

La OMS recomienda medir la salud en las personas mayores en términos de función, es decir, las personas mayores presentarán un mejor o peor grado de salud en relación con el mayor o menor grado de discapacidad o dependencia.

La enfermedad, y no la edad, es la principal causa de dependencia. La dependencia es el resultado de la combinación de cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas y los procesos agudos o intercurrentes. Todo ello, además, influido por el entorno psicosocial, ambiental y sanitario. Evitar la aparición de dependencia es tanto o más importante que abordarla; y abordarla cuando es reciente y reversible es más efectivo que hacerlo cuando está claramente establecida. Hoy día es posible afirmar que se puede disminuir de forma significativa la incidencia, la prevalencia y la intensidad de la enfermedad, la discapacidad y con ello de la dependencia, a través del desarrollo de tres acciones fundamentales, que son: prevención y promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades crónicas, y servicios sanitarios eficientes para las personas mayores.

No todos los ancianos se benefician por igual de las mismas actividades sanitarias. Las personas mayores presentan una amplia gama de estados de salud y de función; por ello la edad, como único parámetro, nunca debe ser un factor de clasificación. La función, en cambio, ha mostrado ser uno de los mejores marcadores pronósticos predictivos de morbimortalidad, de entrada en dependencia, de estado de salud, de expectativa de vida y de institucionalización. Teniendo todo esto en consideración, se recomienda que las actividades y programas dirigidos a este grupo de población se adapten a la siguiente tipología: persona mayor sana, persona mayor con enfermedad crónica no dependiente, persona mayor frágil y en riesgo de dependencia, persona mayor en situación de dependencia de carácter transitorio o permanente, y persona mayor al final de la vida.

El objetivo a largo plazo de las políticas de salud deberá ser asegurar que el aumento en la longevidad se acompañe del más alto estándar alcanzable de salud, y para lograrlo uno de los principales objetivos de salud en la persona mayor debería ser el aumento de los años de vida libres de discapacidad. Siguiendo las directrices de la OMS, para prevenir la dependencia es necesario fomentar el envejecimiento activo y que los sistemas sanitarios adopten una perspectiva del ciclo vital orientado a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el acceso equitativo a la atención primaria y especializada, y un enfoque equilibrado de cuidados de larga duración.

El *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, propugna el adecuado desarrollo de planes y programas en el ámbito sanitario y sociosanitario, entre los que se encuentra el Plan Marco de Atención Socio Sanitaria en Extremadura.

CAPÍTULO

OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Salud Infantil y del Adolescente

OBJETIVO 29.- Durante el periodo de vigencia del *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, se fomentará el desarrollo del Programa de Salud Infantil y del Adolescente.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

29.1. Desarrollo del Programa de Salud Infantil y del Adolescente, que implantado en todas las zonas de salud de Extremadura, hace especial mención a:

- La atención integral del niño en las diferentes etapas de su desarrollo, teniendo en consideración los problemas de salud emergentes o de mayor prevalencia.
- Los controles de salud (incluido el prenatal y el cribado de metabopatías, la historia de salud pediátrica en atención primaria, el registro de actividades preventivas, las guías del proceso del enfermo así como las guías anticipadoras).
- La prevención de minusvalías y el Plan de Atención Dental Infantil de Extremadura.
- La atención temprana a niños con trastornos del desarrollo o en situación de riesgo bio-psico-social.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Dirección General de Salud Pública del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Evaluación del Programa de Salud Infantil y del Adolescente, por áreas de salud y de los servicios contemplados en la cartera de Servicios del SES

29.2. Desarrollo de los sistemas de información que garanticen la recogida, traslado y actualización permanente de información en el ámbito del Programa de Salud Infantil y del Adolescente.

Responsable: Dirección Gerencia del SES

Evaluación: Existencia de la aplicación informática en la Historia de Salud Digital que permita la obtención de datos generales sobre el Programa de Salud Infantil y del Adolescente

CAPÍTULO V

29.3. Actualización y adaptación del Programa de Prevención de los Trastornos por Deficiencia de Yodo.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Evaluación del Programa de Prevención de los Trastornos por Deficiencia de Yodo

29.4. Establecimiento de convenios de colaboración con la Consejería de Educación para el desarrollo de protocolos de revisión y evaluación de las programaciones de menús y de ejercicio físico de centros escolares públicos y privados de Extremadura.

Responsables: Servicio Extremeño de Salud
Consejería de Educación

Evaluación: Existencia del convenio de colaboración SES-Consejería de Educación

29.5. Desarrollo y potenciación del Centro Extremeño de Desarrollo Infantil y de las actividades realizadas, coordinadas e impulsadas por el mismo.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia del SES

Evaluación: N° y tipo de actividades de coordinación, prevención, y rehabilitación, realizadas e impulsadas anualmente por el CEDI, contempladas en su plan y memoria anual

29.6. Diseño e implantación de procesos asistenciales específicos para la atención a la salud infantil y del adolescente, que aseguren la continuidad asistencial y la coordinación entre los niveles de atención sanitaria existentes.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: N° de procesos asistenciales elaborados e implantados

29.7. Elaboración/adaptación e implementación de guías de práctica clínica en el ámbito de la atención a la salud infantil y del adolescente.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: N° de guías clínicas elaboradas / adaptadas e implantadas

29.8. Revisión y actualización del Programa de Prevención, Atención y Seguimiento de Minusvalías.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Indicadores de cobertura anuales alcanzados mediante el Programa de prevención, atención y seguimiento de minusvalías

29.9. Actualización de la oferta de nuevos cribados, pruebas de diagnóstico y confirmación de metabopatías de acuerdo con la evidencia científica existente.

Responsable: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación: Actualización de la oferta de nuevos cribados, pruebas de diagnóstico y confirmación de metabopatías de acuerdo con la evidencia científica existente

29.10. Potenciación del Programa de Detección Precoz de Hipoacusias en todas las áreas de salud.

Responsable: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación: Porcentaje de cribados de hipoacusias realizados a los nacidos vivos en Extremadura

Nº de tratamientos de hipoacusias infantiles realizados anualmente en niños antes de los 6 meses

Porcentaje anual de seguimiento de niños sordos

Nº de niños incluidos anualmente en programas de rehabilitación y adaptación protésica o implante coclear

29.11. Desarrollo de los sistemas de información que permitan la monitorización de la información relacionada con el Programa de Detección Precoz de Hipoacusias.

Responsable: Dirección Gerencia del SES

Evaluación: Existencia de la aplicación informática en la Historia de Salud Digital que permita la obtención de: número y tipo de estudios médicos audio-protésicos realizados dentro del programa de detección precoz de hipoacusias; número y cuantía de las ayudas concedidas anualmente para la adquisición de prótesis auditivas

29.12. Desarrollo del Plan de Atención Dental Infantil de Extremadura.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Nº de niños captados anualmente en consulta/ población diana x 100
Datos de cobertura del PADIEx

29.13. Elaboración e implantación de un programa de atención a la salud sexual del adolescente y del joven, integrado en el Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES
Consejería de Educación

Evaluación: Existencia y grado de implantación del Programa de Atención a la Salud Sexual del Adolescente y del Joven

29.14. Potenciación de la coordinación sanitario-educativa mediante la elaboración de protocolos de actuación en niños con necesidades educativas especiales educativo-sanitarias.

CAPÍTULO V

Responsables: Dirección General de Calidad y Equidad Educativa de la Consejería de Educación

Consejería de Sanidad y Dependencia

Dirección Gerencia del SES

Evaluación: N° de protocolos de actuación en niños con necesidades educativo-sanitarias elaborados e implantados

29.15. Elaboración e implantación de un programa que atienda a la prematuridad, integrado en el Programa de Cuidados Centrados en el Desarrollo.

Responsable: Centro Extremeño de Desarrollo Infantil

Evaluación: Existencia y grado de implantación del Programa de Cuidados Centrados en el Desarrollo

29.16. Elaboración e implantación de un programa para la promoción de la lactancia materna integrado en el Programa de Cuidados Centrados en el Desarrollo.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES

Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Centro Extremeño de Desarrollo Infantil

Evaluación: Existencia y grado de implantación del programa para la promoción de la lactancia materna

N° de actividades realizadas de promoción de la lactancia materna

Salud de la Mujer

OBJETIVO 30.- Para el año 2010, se habrá elaborado e implantado un Programa de Salud de la Mujer integrado en la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

30.1. Revisión e implantación del Programa de la Mujer, integrado en la cartera de servicios del SSPE. El mismo recogerá:

- Las necesidades específicas, tanto fisiológicas como patológicas antes y durante el embarazo, el parto, puerperio (incluidos diagnóstico prenatal y consejo genético) y menopausia en la mujer.
- La perspectiva de género en los procesos asistenciales.
- La prevención, detección y atención de los casos de malos tratos y abusos sexuales a mujeres y el seguimiento de sus efectos en la salud física y mental.
- Las estrategias centradas en la mujer de: promoción de la dieta equilibrada, el ejercicio físico, la lactancia materna en la embarazada y los derechos sexua-

les, así como de reducción de hábitos no saludables (tabaco, alcohol y sexo no seguro), y la formación y apoyo para el cuidado de personas con enfermedades crónicas o pérdida de autonomía.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación: Elaboración del Programa de Salud de la Mujer
Inclusión del Programa de Salud de la Mujer en la cartera de servicios del SSPE

30.2. Creación de registros centralizados de datos, que garanticen la recogida y traslado de información en el ámbito del Programa de Salud de la Mujer.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Dirección General de Salud Pública del SES
Gerencias de áreas de salud del SES

Evaluación: Existencia de registros de casos y actividades centralizados del Programa de Salud de la Mujer

30.3. Definición, diseño e implementación de procesos asistenciales específicos en el ámbito de la atención a la salud de la mujer (salud sexual, salud reproductiva, consulta preconcepcional, asistencia al embarazo, parto, puerperio, menopausia y malos tratos) que aseguren la continuidad asistencial y la coordinación entre niveles de atención.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de áreas de salud del SES

Evaluación: Procesos asistenciales de atención a la salud de la mujer; diseñados e implantados

30.4. Elaboración/adaptación e implantación de guías de práctica clínica en el ámbito de la atención a la salud de la mujer.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de áreas de salud del SES

Evaluación: Guías clínicas de atención a la salud de la mujer; elaboradas/adaptadas e implantadas

30.5. Revisión, actualización y desarrollo de los Programas de Detección Precoz de Cáncer de Cérvix y de Mama, en relación con los objetivos del PICA.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de áreas de salud del SES

Evaluación: Actualización de los programas de detección precoz del Cáncer de cérvix y de mama

CAPÍTULO V

30.6. Inclusión y recogida de datos sobre aspectos del ámbito laboral, social y doméstico en las historias clínicas de todas las mujeres embarazadas para la detección de situaciones que representen un peligro para la madre o el feto.

Responsable: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación: Inclusión o no y recogida, en las historias clínicas de mujeres embarazadas, de datos o aspectos que representen un peligro para la madre o el feto

30.7. Estrategias de promoción para la lactancia materna integradas en el Programa de Cuidados Centrados en el Desarrollo.

Responsable: Gerencias de áreas de salud del SES

Evaluación: Actividades realizadas para la promoción de la lactancia materna

30.8. Revisión y adaptación de los programas de consejo genético, diagnóstico prenatal y preimplantacional, y elaboración de los protocolos de área correspondientes.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES

Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Gerencias de áreas de salud del SES

Evaluación: Finalización de los trabajos de revisión y grado de implantación de los programas de diagnóstico prenatal y consejo genético

Disponibilidad y grado de implantación de la gestión de procesos, de las guías clínicas de prevención, atención y seguimiento diagnóstico prenatal y consejo genético

Indicadores de cobertura de los programas de diagnóstico prenatal y consejo genético

30.9. Generalización del diagnóstico prenatal y de enfermedades genéticas, del consejo genético pre y postnatal y preimplantacional, incluyendo el producto de las IVES en los supuestos de malformación fetal.

Responsable: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación: Porcentaje de diagnósticos prenatales y de consejo genéticos realizados

Cobertura del programa de diagnóstico prenatal

30.10. Inclusión en la historia clínica de las mujeres, de una hoja de registro de actividades preventivas y de promoción de la salud realizadas que incluirá, entre otros aspectos, la prevención de malos tratos y abusos sexuales, promoción de una alimentación equilibrada, el ejercicio físico y las relaciones sexuales seguras y saludables, así como de reducción de hábitos no saludables: tabaco, alcohol.

Responsable: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación: Inclusión y recogida, en historias clínicas de mujeres de la hoja de registro de actividades preventivas y de promoción realizadas

Porcentaje de estas historias que recojan la hoja de registro de actividades preventivas y de promoción de la salud realizadas

30.11. Desarrollo de las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal del SNS.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Existencia del informe de actividad de acciones realizadas y resultados obtenidos

30.12. Inclusión en los planes de formación de la Consejería de Sanidad y Dependencia (EECS, FUNDESALUD, Gerencias de Área, etc.) de la oferta docente que contemple: la perspectiva de género y salud; la prevención, detección, atención y seguimiento de malos tratos a mujeres; y los determinantes y factores diferenciales de la salud en las mujeres.

Responsables: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
Dirección Gerencia del SES
Gerencias de áreas de salud del SES

Evaluación: Actividades formativas realizadas, relacionadas con: la perspectiva de género y salud; la prevención, detección atención y seguimiento de malos tratos a mujeres; y los determinantes y factores diferenciales de la salud en las mujeres, incluidas en los Planes de Formación de la Consejería de Sanidad y Dependencia

30.13. Fomento de actividades de investigación relacionadas con la perspectiva de género y salud; la prevención, detección, atención y seguimiento de malos tratos a mujeres; y los determinantes y factores diferenciales de la salud en las mujeres.

Responsables: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
Dirección Gerencia del SES
Gerencias de áreas de salud del SES

Evaluación: Actividades de investigación realizadas, relacionadas con: La perspectiva de género y salud; prevención, detección atención y seguimiento de malos tratos a mujeres; determinantes y factores diferenciales de la salud en las mujeres en Extremadura

30.14. Elaboración e implantación de programas de descanso, formación y apoyo dirigido a mujeres con rol de cuidadoras de personas en situación de dependencia.

Responsables: Dirección General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia del SEPAD
Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
Dirección Gerencia del SES
Gerencias de áreas de salud del SES

Evaluación: Actividades de formación, apoyo y descanso, destinados a cuidadores de personas con falta de autonomía

CAPÍTULO V

30.15. Garantía de acceso a la mujer a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, dentro del SSPE, en los términos contemplados por la legislación vigente.

Responsable: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación: Acceso de la mujer a la IVE dentro del SSPE

Salud del Adulto

OBJETIVO 31.- Para el año 2010, se habrá elaborado e implantado un Programa de Salud del Adulto integrado en la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

31.1. Revisión e implantación del Programa de Salud del Adulto integrado en la cartera de servicios del SSPE. El mismo recogerá:

- La promoción de hábitos y estilos de vida saludables; el libre ejercicio de derechos sexuales; y la prevención de enfermedades, accidentes, y adicciones, con especial atención al tabaquismo y alcoholismo.
- Protocolos de actuación y guías clínicas de las patologías o problemas de salud prevalentes en la población adulta.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación: Elaboración del Programa del Adulto
Inclusión del Programa del Adulto en la cartera de servicios del SSPE

31.2. Creación de sistemas adecuados de registro de datos centralizados, que garanticen la recogida y traslado de información, en el ámbito del Programa de Salud del Adulto.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Dirección General de Salud Pública del SES
Gerencias de área de salud del SES

Evaluación: Existencia de registros de casos y actividades centralizados del Programa de Salud del Adulto

31.3. Definición, diseño e implementación de procesos asistenciales específicos en el ámbito de la atención a la salud del adulto que aseguren la continuidad asistencial y la coordinación entre niveles de atención.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de áreas de salud del SES

Evaluación: Procesos asistenciales de atención a la salud del adulto, diseñados e implantados

31.4. Elaboración/adaptación e implantación de guías de práctica clínica en el ámbito de la atención a la salud del adulto.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de áreas de salud del SES

Evaluación: Guías clínicas de atención a la salud del adulto, elaboradas/adaptadas e implantadas

31.5. Elaboración y desarrollo del Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva, en coordinación con el Programa de Orientación Familiar.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud

Evaluación: Elaboración del Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva

31.6. Inclusión en los planes de formación de la Consejería de Sanidad y Dependencia (EECS, FUNDESALUD, Gerencias de Área, etc.) de la oferta docente que, dirigida a todos los profesionales del ámbito sanitario, y en especial a los de atención primaria, contemple la adquisición de competencia en la prestación de cuidados relacionados con la salud sexual.

Responsables: Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud
Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Actividades de formación y capacitación dirigidas a profesionales, para la prestación de cuidados relacionados con la salud sexual

31.7. Revisión y desarrollo del Programa de Orientación Familiar, así como la elaboración de los protocolos de actuación correspondientes.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Finalización de los trabajos de revisión y grado de implantación del Programa de Orientación Familiar
Disponibilidad y grado de implantación de los protocolos de actuación en orientación familiar

31.8. Adecuación de los recursos de los Centros de Orientación Familiar; definición de la cartera de servicios; y coordinación con el nivel de atención especializada, especialmente para pruebas diagnósticas, interconsultas o derivaciones.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud

Evaluación: Adecuación de los recursos de los Centros de Orientación Familiar de todas las áreas de salud del SES

CAPÍTULO V

Definición de la cartera de servicios de los Centros de Orientación Familiar
Nº de derivaciones e interconsultas realizadas Centros de Orientación Familiar-atención especializada

- 31.9.** Inclusión en las historias clínicas de adultos de una hoja de registro de actividades preventivas y de promoción de la salud realizadas, que incluirá entre otros aspectos: la prevención de malos tratos, la promoción de una alimentación equilibrada, el ejercicio físico, los aspectos laborales y la salud sexual, así como la reducción de hábitos no saludables (tabaco, alcohol y sexo no seguro).

Responsable: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación: Inclusión o no y recogida, en historias clínicas de adultos de la hoja de registro de actividades preventivas y de promoción realizadas
Porcentaje de estas historias que recojan la hoja de registro de actividades preventivas y de promoción de la salud realizadas

- 31.10.** Desarrollo del protocolo para el abordaje de la atención de la fibromialgia y fatiga crónica.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de Área de Salud del SES

Evaluación: Grado de implantación del protocolo de atención a la fibromialgia en las áreas de salud

- 31.11.** Elaboración y desarrollo del protocolo para el abordaje integral de la atención al dolor crónico.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Existencia del protocolo de atención al dolor crónico
Grado de implantación del protocolo de atención al dolor crónico en las áreas de salud

Salud de los Mayores

OBJETIVO 32.- Para el año 2010, se habrá elaborado e implantado el Programa de Salud de los Mayores integrado en la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Extremadura

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

- 32.1.** Elaboración e Implantación del Programa de Salud de los Mayores, integrado en la cartera de servicios del SSPE, promoviendo la calidad de vida en el envejecimiento atendiendo a:

- La promoción de hábitos, estilos de vida saludables y libre ejercicio de los derechos sexuales, que permitan llegar a edades avanzadas con mejor autonomía y calidad de vida.
- La prevención del maltrato, de los abusos sexuales y de situaciones que propicien carencias afectivas y de abandono.
- Protocolos de actuación y guías clínicas de las patologías o problemas de salud prevalentes en la población de mayor edad.
- El desarrollo de servicios sanitarios eficientes para las personas mayores.
- El desarrollo del Plan Marco de Atención Socio-Sanitaria.

Responsable: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación: Elaboración del Programa de Salud de los Mayores

Inclusión en la cartera de servicios del SSPE del Programa de Salud de los Mayores

32.2. Creación de sistemas adecuados de registro de datos centralizados, que garanticen la recogida y traslado de información, en el ámbito del Programa de Salud de los Mayores.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Existencia de registros de casos y actividades centralizados del Programa de Salud de los Mayores

32.3 Inclusión en las historias clínicas de las personas mayores de un registro de actividades preventivas y de promoción de la salud realizadas, con la incorporación entre otros aspectos de la promoción de una alimentación saludable, de la actividad física, de la salud sexual, de la reducción de hábitos no saludables (tabaco, alcohol), de la prevención del maltrato, abusos sexuales y situaciones que propicien carencias afectivas y de abandono, así como del registro del control de las vacunaciones recomendadas, de la medicación habitual, y de los factores de riesgo de patología cardiovascular; valorando individualmente la aplicación de otras medidas preventivas de acuerdo con la situación y características de la persona.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Inclusión y recogida, en las historias clínicas de las personas mayores de la hoja de registro de actividades preventivas y de promoción realizadas Porcentaje de historias que recojan la hoja de registro de actividades preventivas y de promoción de salud realizadas

32.4. Definición, diseño e implementación de protocolos de actuación relacionados con las patologías o problemas de salud prevalentes o incapacitantes (según riesgo relativo y atribuible) en el mayor o anciano, que aseguren la coordinación entre niveles de atención.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

CAPÍTULO V

Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Existencia y grado de implantación, de protocolos de actuación de las patologías o problemas de salud prevalentes en el mayor o anciano en todas las áreas de salud de Extremadura

32.5. Elaboración/adaptación e implantación de guías de práctica clínica en el ámbito de la atención a la salud del mayor.

Responsables: Dirección General de Salud Pública del SES
Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Guías clínicas de atención a la salud del mayor, elaboradas/adaptadas e implantadas

32.6. Detección y manejo en la comunidad de la persona mayor frágil y en riesgo para desarrollar dependencia.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Dirección General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia del SEPAD

Evaluación: Inclusión en las historias clínicas, de la detección de ancianos de riesgo
Porcentaje de estas historias que recogen la detección y el plan de manejo de ancianos de riesgo
Actividades desarrolladas por el SEPAD en personas mayores con riesgo de desarrollar dependencia

32.7. Inclusión en los planes de formación de la Consejería de Sanidad y Dependencia (EECS, FUNDESALUD, Gerencias de Área, etc.) de la oferta docente que, dirigida a todos los profesionales del ámbito sanitario, y en especial a los de atención primaria, contemple la adquisición de competencia en la atención a las personas mayores.

Responsables: Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud
Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
Gerencias de áreas de salud del SES

Evaluación: Actividades de formación y capacitación dirigidas a profesionales de los servicios sanitarios y sociales, para la atención a personas mayores

32.8. Puesta en marcha de actividades de formación postgrado dirigidas a profesionales sanitarios, como expertos de alto nivel en salud de los mayores.

Responsable: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD

Evaluación: Actividades de formación postgrado en salud de los mayores
Nº de profesionales expertos formados en salud de los mayores

32.9. Implantación de unidades de geriatría hospitalaria en las áreas de salud del SSPE.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Gerencias de las áreas de salud

Evaluación: Nº de Unidades de geriatría hospitalaria en las diferentes áreas de salud

32.10. Potenciación y adecuación de los medios y recursos para la atención socio-sanitaria del anciano; definición de las prestaciones de los mismos, así como el establecimiento de protocolos de coordinación entre los diferentes recursos sociales y sanitarios de cada área de salud.

Responsables: Dirección General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia del SEPAD

Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Establecimiento de protocolos de coordinación entre recursos sociales y sanitarios

32.11. Mejora de la efectividad y eficiencia de los Sistemas Social y Sanitario en el abordaje de la atención sociosanitaria, mediante la adecuada coordinación entre el Servicio Extremeño de Salud y el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Responsables: Dirección Gerencia del SES

Dirección Gerencia del SEPAD

Evaluación: Establecimiento de un marco de coordinación sociosanitaria SES-SEPAD

CAPÍTULO 15. SALUD LABORAL

Los daños a la salud ocasionados por unas condiciones de trabajo no apropiadas, representan un problema sanitario prioritario y tienen una repercusión social importante. Los factores de riesgo presentes en el trabajo y los daños a la salud que ocasionen son modificables y por ello, se puede intervenir en sus consecuencias.

En este marco, el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* prioriza esta Área de Intervención con el objetivo general de reducir la incidencia de los daños a la salud ocasionados por el trabajo, mediante la mejora de las condiciones de trabajo y salud en Extremadura, logrando una auténtica prevención de riesgos laborales en los centros de trabajo y una protección integral de la salud de los trabajadores.

Desde la aprobación del *Plan de Salud de Extremadura 2005-2008*, han tenido lugar una serie de acontecimientos, tanto en el ámbito estatal como autonómico, en el campo multidisciplinar de la Salud Laboral que han supuesto un avance importante en su abordaje, que va a su vez, permiten afrontar este nuevo Plan de Salud con una perspectiva diferente.

A escala nacional, debe citarse la elaboración de la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo, acordada por la Mesa de Diálogo Social en materia de prevención de riesgos laborales en 2005, y su presentación posterior a la Comisión Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, como máximo órgano de participación institucional en esta materia.

La estrategia ha constituido el instrumento para establecer el marco general de las políticas de prevención de riesgos laborales a corto, y sobre todo, a medio y largo plazo.

Igualmente, hemos de considerar aspectos novedosos relativos a los Daños a la Salud que se nos presenta con la aparición de la normativa en relación con la enfermedad profesional.

En Extremadura, el *Plan de Salud de Extremadura 2005-2008* estableció en su objetivo 37, la elaboración del Plan Integral de Salud Laboral (PLISALAB). A lo largo de estos años, el trabajo realizado para la consecución de lo propuesto ha culminado con su aprobación y la posterior publicación del PLISALAB 2008-2012.

Por otro lado, partiendo de la Declaración para el Diálogo Social, firmado en Extremadura en octubre de 2007, en el ámbito de lo laboral y desde la Consejería de

Igualdad y Empleo, junto con los agentes sociales, se ha trabajado para la concertación de un nuevo Plan de Actuación de Prevención de Riesgos Laborales de Extremadura para el periodo 2008-2011, actualmente en vigor.

Se puede afirmar que en Extremadura se dispone de dos documentos, que partiendo de la Estrategia española, se complementan y apoyan mutuamente, con unos objetivos y líneas de actuación que implican retos importantes, destacando que sus objetivos generales son los mismos y su implantación y desarrollo tiene un único fin: el de mejorar las condiciones de trabajo y salud de todos los trabajadores de la CAE.

Desde el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, se aboga por favorecer las estrategias que supongan una integración de esfuerzos y una correcta coordinación de actuaciones llevadas a cabo por las instituciones y organismos que tienen responsabilidad en la salud laboral.

Específicamente, se facilitará la consecución de los objetivos y el desarrollo de las actuaciones recogidas en el Plan Integral de Salud Laboral de Extremadura y en el V Plan de Actuación de Prevención de Riesgos Laborales de Extremadura.

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

OBJETIVO 33.- Durante el período de vigencia del Plan, se facilitará la consecución de los objetivos contemplados en el Plan Integral de Salud Laboral de Extremadura (PLISALAB) y en el V Plan de Actuación en Prevención de Riesgos Laborales de Extremadura (V PARRL), implementando las actuaciones y favoreciendo la coordinación y cooperación en el desarrollo de aquellas actividades.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

33.1. Identificación y coordinación de las actividades comunes al PLISALAB y al V PARRL.

Responsables: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
Dirección General de Trabajo de la Consejería de Igualdad y Empleo

Evaluación: Identificación de los objetivos comunes de ambos planes
Informe anual de la evaluación y cumplimiento de los objetivos comunes identificados
Criterios/iniciativas/actividades elaboradas/coordinadas

CAPÍTULO V

33.2. Constitución, en el seno del Consejo Asesor en Salud Laboral, de un grupo de trabajo encargado de realizar el seguimiento del PLISALAB.

Responsable: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD

Evaluación: Creación del grupo de seguimiento del PLISALAB

Nº de reuniones del grupo de seguimiento del PLISALAB

Informe anual de seguimiento del PLISALAB

33.3. Impulso de la participación de la Inspección Médica en todas las líneas de actuación del PLISALAB en las que la misma sea necesaria.

Responsable: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD

Evaluación: Nº de proyectos de colaboración desarrollados

33.4. Designación de centros o servicios de referencia en las distintas especialidades médicas y/o quirúrgicas que unifiquen y establezcan criterios diagnósticos de certeza de las enfermedades relacionadas con el trabajo y/o profesionales y realicen actividades formativas.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia

Servicio Extremeño de Salud

Evaluación: Nº de servicios o centros designados

33.5. Elaboración de guías de síntomas y patologías más prevalentes relacionadas con los agentes causales presentes en Extremadura, que faciliten la detección de la sospecha de las enfermedades profesionales y las enfermedades relacionadas con el trabajo (para la Inspección Médica, Servicio Médico del INSS, profesionales de atención primaria y especializada, y sanitarios de los servicios de prevención y de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social).

Responsable: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD

Evaluación: Nº de guías elaboradas

33.6. Diseño y puesta en funcionamiento del sistema de notificación de las enfermedades relacionadas con el trabajo (ERT) que puedan ser consideradas pertenecientes al anexo 2 del RD 1299/2006, de 10 de noviembre. Estudio y seguimiento de las mismas, y solicitud, si procede, de su inclusión en el anexo 1 del citado RD.

Responsable: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD

Evaluación: Diseño del sistema de notificación de las ERT

Implantación del sistema de notificación de las ERT

Nº de protocolos analizados

33.7. Establecimiento de cauces de comunicación y coordinación en la gestión de la “aptitud condicionada” por problemas de salud de un trabajador, para que pueda realizarse adecuadamente el seguimiento y atención médica (primaria o especializada), si ello fuera preciso y el acceso a las prestaciones de Seguridad Social o su reincorporación laboral.

Responsables: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
INSS
MATEPSS

Evaluación: Creación de un grupo de trabajo para estudiar las características de la información
Procedimientos de comunicación establecidos

33.8. Establecimiento de comunicación y coordinación en la gestión de la situación de la embarazada o en periodo de lactancia natural, para que pueda realizarse adecuadamente el seguimiento y la determinación del riesgo en el embarazo y/o lactancia natural si ello fuera preciso.

Responsables: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
INSS
MATEPSS

Evaluación: Creación de un grupo de trabajo para estudiar las características de la información
Procedimientos de comunicación establecidos

33.9. Acciones específicas de formación y reintegración laboral a fin de favorecer la reincorporación laboral de los trabajadores que estén en situación de incapacidad permanente.

Responsables: Dirección General de Formación para el Empleo de la Consejería de Igualdad y Empleo
INSS
MATEPSS

Evaluación: N° de actividades promovidas de formación y reintegración laboral

CAPÍTULO V

Objetivos y Líneas de Actuación

**III EJE ESTRATÉGICO:
La mejora continua
de la calidad de la atención sanitaria**

- 16. Organización sanitaria. Modelo integrado de salud**
- 17. Sistema de información sanitaria**
- 18. Gestión del conocimiento**

2009-2012

16. ORGANIZACIÓN SANITARIA. MODELO INTEGRADO DE SALUD

CAPÍTULO

La organización sanitaria de Extremadura, como ocurre en los países desarrollados, es sumamente compleja. Está configurada por un importante número de recursos y con una gran diversidad de servicios, prestaciones y actividades dirigidos a ejercer un efecto positivo sobre la salud de la población. Ello genera la necesidad de coordinar y ordenar las actuaciones en materia de salud y sanidad en un marco que trasciende, en muchas ocasiones, el propio Sistema Sanitario, requiriendo de actuaciones intersectoriales.

La Ley de Salud de Extremadura, configuró un modelo organizativo de la sanidad pública de la Comunidad Autónoma, creando el Sistema Sanitario Público de Extremadura, con capacidad de asegurar la continuidad de la atención sanitaria en sus dos niveles de atención (primario y especializado), y promoviendo la efectiva aproximación de los servicios al usuario. Para posibilitarlo, el área de salud, bajo el único órgano directivo de la Gerencia de Área, se constituye en la estructura básica del SSPE y el ámbito de referencia para la financiación de las actuaciones sanitarias que en ella se desarrollan, siendo responsables de prestar de forma integrada, la atención primaria y la atención especializada de salud, la Salud Pública, y la atención sociosanitaria.

Los servicios sanitarios del SSPE garantizan una prestación integral y coordinada en las estructuras operativas de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención a la salud mental y atención sanitaria urgente.

Desde el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* se realiza una apuesta por profundizar en la consolidación del modelo organizativo alcanzado, en la innovación, en la gestión eficiente del conocimiento y en la calidad de los servicios sanitarios, para hacer posible que, en el futuro, el SSPE siga siendo considerado como uno de los mejores del mundo, garantice y refuerce la cohesión del territorio, y asegure políticas de excelencia dirigidas a sus profesionales —elemento esencial del mismo— y políticas de seguridad dirigidas a la ciudadanía. Se trata, en definitiva, de alcanzar un Sistema Sanitario capaz de garantizar una atención sanitaria de mayor calidad, equitativa, participativa, segura, ágil y coste-efectiva para todos los ciudadanos.

Además de seguir dando respuesta a los viejos problemas, los servicios sanitarios deberán responder a los nuevos retos y oportunidades derivados del proceso de modernización en el que están permanente involucrados los distintos componentes del Sistema Sanitario y a las necesidades renovadas de la propia población extremeña.

CAPÍTULO

Por último, el desarrollo de todas las estrategias emanadas del Sistema, procurarán desarrollarse desde el impulso de la cooperación y el consenso con el resto de las Administraciones y organismos implicados, el diálogo social con las organizaciones del sector y la participación activa de los ciudadanos, con especial atención a los pacientes y sus familiares.

I UN MODELO ORGANIZATIVO ORIENTADO HACIA LA ATENCIÓN SANITARIA INTEGRAL Y DE CALIDAD PARA TODOS LOS EXTREMEÑOS

El *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, prioriza el progreso de un modelo de organización sanitaria eficiente basado en la atención integrada y orientado hacia la continuidad de la atención del conjunto de los ciudadanos, con el objetivo de atender sus necesidades de salud y mejorar su calidad de vida.

Para ello, el SSPE estará orientado hacia la prestación de una atención sanitaria integral a todos los extremeños; ofertará servicios sanitarios públicos de calidad, asegurando la accesibilidad, la equidad y la satisfacción de los usuarios; buscará la eficiencia y el aprovechamiento óptimo de los recursos; impulsará la participación y motivación de sus profesionales; reducirá las desigualdades en salud y dará respuestas en tiempo adecuado; prestará una atención integral, integrada y continua; fomentará la competencia de los profesionales; favorecerá la participación de la sociedad; e impulsará la mejora continua de la organización del Sistema Sanitario en su conjunto.

a) SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS DE CALIDAD

Los ciudadanos extremeños tienen derecho a recibir una atención sanitaria de calidad. La calidad constituye uno de los elementos estratégicos esenciales en los que se basa la transformación y mejora de nuestro Sistema Sanitario Público.

El Plan Marco de Calidad del SSPE, representa la voluntad de la Junta de Extremadura en velar por una atención sanitaria de calidad contrastada, tanto en los centros, servicios y establecimientos públicos como privados, que se concreta en un modelo de calidad para dichos centros que complementa al actual sistema legal establecido en cuanto a los requisitos de autorización y comprende los formatos legales, formativos, de diseño y logísticos necesarios para su implementación.

Tomando como referencia el citado Plan Marco de Calidad, el SSPE materializará su compromiso de servicio a los ciudadanos promoviendo la estrategia de la calidad

total, de manera que ésta impregne transversalmente a toda la organización a través de: orientar los servicios hacia los usuarios; mejorar los procesos asistenciales y de atención; garantizar la continuidad de la asistencia; promover la formación en calidad de los profesionales; mejorar sus relaciones con el entorno; incorporar criterios de gestión ambiental; asegurar los principios de gestión de la información, el conocimiento y los aspectos éticos; y evaluar los resultados teniendo en cuenta la satisfacción de usuarios y profesionales.

b) ASEGURANDO LA ACCESIBILIDAD

El modelo de Sistema Sanitario definido en la Ley de Salud de Extremadura, significativamente descentralizado, facilita la accesibilidad al mismo por parte de los ciudadanos y un mayor acercamiento de los servicios y prestaciones a los problemas y necesidades de salud de éstos.

Como estrategia general para ganar accesibilidad y permeabilidad del Sistema Sanitario, se facilitará de forma permanente, información sobre los servicios y recursos existentes.

Por otra parte, desde el Servicio Extremeño de Salud, como organismo responsable de ejercer las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sanitarios, se desarrollarán estrategias de promoción de la accesibilidad a la atención y satisfacción de los ciudadanos, mediante acciones concretas, como: la difusión permanente de cartas de servicios, la elección de profesional y centro; el refuerzo de los Servicios de Atención al Usuario; la generalización de los procedimientos de cita previa para la obtención de consultas; la facilitación al acceso y recorrido por el circuito asistencial; la eliminación de trámites y consultas innecesarios; la introducción de nuevas tecnologías de la comunicación; y una amplia oferta de servicios en el medio rural.

Un referente específico en la mejora de la accesibilidad a los centros y servicios sanitarios –tanto física, como de comunicación– lo constituirá el desarrollo del Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del SSPE.

c) PROMOVRIENDO LA EQUIDAD Y REDUCIENDO LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

A través de la Administración Sanitaria, se velará por garantizar el principio de equidad ante la salud a través de actuaciones basadas en el acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad a todos los ciudadanos como elemento fundamen-

CAPÍTULO V

tal de cohesión social y de la solidaridad, adecuando los recursos a los problemas de salud existentes, a las necesidades sanitarias reales y a las posibilidades de respuesta basadas en criterios de reducción de desigualdades ante la salud.

Las políticas sanitarias estarán orientadas especialmente a incrementar la solidaridad con actuaciones concretas hacia los grupos específicos y colectivos más vulnerables.

Desde la actuación del SSPE, se desarrollará una política de reducción de desigualdades sociales en salud, prestando una atención preferente hacia aquellas personas y comunidades en situación de especial riesgo de exclusión social y vulnerabilidad ante la enfermedad.

En relación con éstas últimas, el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* propugna el desarrollo de estrategias intersectoriales de promoción y educación para la salud y de atención social, combinadas con estrategias de discriminación positiva de atención sanitaria desde el Sistema Sanitario, en el marco de las políticas sociales en materia de salud recogidas en el II Plan de Inclusión Social de Extremadura 2008-2011, sobre todos aquellos factores condicionantes y situaciones que generan carencias en materia de inclusión social en sus distintas dimensiones: educativa, de empleo, económica, de vivienda y colectivos con situaciones de especial vulnerabilidad, como mujeres, menores y jóvenes, personas extranjeras inmigrantes, personas en situación de dependencia, etc.

En relación con las personas especialmente vulnerables ante la enfermedad, el Sistema Sanitario Público, dispondrá los recursos y estrategias necesarios para mejorar su acceso al mismo en condiciones de equidad.

En relación con las posibles desigualdades de salud por género y sexo producidas socialmente, el Sistema Sanitario se orientará de forma que se modifiquen todas las situaciones de desigualdad, considerando los efectos de factores socioeconómicos, políticos, culturales y étnicos.

d) AVANZANDO EN LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

El SSPE constituye una organización pública de servicios sanitarios cuyo fin es identificar y dar respuesta a las necesidades y demandas de salud, del ciudadano y la comunidad, en colaboración con otras instituciones y recursos sociosanitarios, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la población extremeña en un marco de equidad, universalidad y uso eficiente de recursos.

En la satisfacción del usuario respecto al Sistema Sanitario intervienen fundamentalmente dos factores: la expectativa y la experiencia; en ambos factores influyen los valores que tenga el mismo. Por ello, en un enfoque de la gestión en el que el ciudadano, como elemento activo, paciente o usuario, es el eje central del SSPE, es necesario conocer sus necesidades y expectativas.

Asimismo, es necesario mantener la estructura, los procesos internos y los resultados dentro de estándares aceptados internacionalmente. Esto implica la participación y la capacitación de todo el personal del Sistema, y por supuesto la asignación de un presupuesto específico.

En el nuevo enfoque de la prestación de Servicios Sanitarios es de gran importancia tener conocimiento de la percepción que tienen los ciudadanos sobre el funcionamiento del Sistema Sanitario en general y de la valoración que realizan sobre los diferentes niveles de atención. En consecuencia, se mantendrán activos los sistemas y herramientas de información que posibiliten conocer en todo momento la percepción del ciudadano.

Un factor importante en la satisfacción del paciente o usuario del sistema (probablemente el más importante), es la relación médico-paciente y personal-paciente. En la mejora de los aspectos relacionales (de comunicación, información y trato), se atenderá al desarrollo de las acciones enunciadas en el Plan de Humanización de la Atención sanitaria del SSPE.

e) BUSCANDO LA EFICIENCIA Y APROVECHAMIENTO ÓPTIMO DE LOS RECURSOS

El SSPE viene trabajando en un conjunto de medidas dirigidas a lograr mayor eficiencia en la prestación de servicios, preservando la equidad, efectividad y accesibilidad, en una situación de recursos limitados. En la búsqueda de facilitar el alcance de esos logros, el Sistema está dotado de un modelo organizativo descentralizado y con autonomía de las gerencias de área, siendo necesario avanzar en el perfeccionamiento del sistema gerencial a tal nivel y en el desarrollo de la economía de la salud, íntimamente vinculado a lo anterior.

La presencia de una ciudadanía más exigente, la necesidad de un número cada vez mayor de prestaciones y de brindar una mayor calidad del servicio, obligan a buscar herramientas que permitan, además de priorizar la distribución de los recursos y cuantificar sus efectos sobre los centros sanitarios, ganar en eficiencia.

CAPÍTULO V

El *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, desde las condiciones actuales –tanto de las infraestructuras, como de las potencialidades acumuladas en los profesionales del SSPE–, propugna un aprovechamiento óptimo de los recursos, en aras de incrementar la calidad y eficiencia a un menor costo de los servicios de salud. Unido al derecho de los ciudadanos a una atención sanitaria eficiente y de calidad, existe la obligación de los mismos a un buen uso de los recursos dispuestos para esa atención sanitaria.

Junto a la gestión de los recursos necesarios para modernizar los equipos sanitarios y, de esta forma, estar acordes con los avances tecnológicos que permitan diagnósticos y tratamientos más precisos y oportunos, se impulsará el uso racional de estos equipos e instalaciones mediante la coordinación entre los órganos directivos, buscando aumentar la eficiencia en el servicio.

En el logro de la eficiencia del conjunto del Sistema Sanitario, se incluirá la búsqueda de un mayor poder resolutivo de la atención primaria de salud, elemento básico del mismo.

f) IMPULSANDO LA PARTICIPACIÓN Y MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES

Gestionar una organización como el SSPE conlleva coordinar y motivar a sus profesionales para conseguir los objetivos del mismo, teniendo como base o garantía, la participación. Según el diccionario de la Real Academia Española, se entiende por motivación, al "ensayo mental preparatorio de una acción para animar o animarse a ejecutarla con interés y diligencia".

Los profesionales de la salud tienen un papel muy importante en el uso y distribución de recursos de los sistemas sanitarios, resultando su motivación, un elemento clave en la efectividad y eficiencia del trabajo de los mismos. De ahí que, de forma recurrente, los Responsables de la política sanitaria, los gestores, los representantes de los profesionales sanitarios y ellos mismos, busquen soluciones para "motivar" a los profesionales de forma adecuada.

La solución no está exenta de conflictos de intereses entre los distintos actores del Sistema Sanitario. Los objetivos de los profesionales pueden ser diferentes de los pacientes (disponibilidad horaria, orientación a actividades con poco "valor añadido clínico", etc.), de los contribuyentes (incremento retributivo versus mayor pago de impuestos), del responsable político, o de los propios gestores.

La motivación de los profesionales sanitarios ha constituido una cuestión clave tanto de la agenda política de la Junta de Extremadura como a la hora de proponer e incorporar modelos de motivación y esquemas de incentivación por parte del SES. Desde el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* se propugna continuar del consenso entorno a la incorporación de aquellos instrumentos que favorezcan obtener el comportamiento deseado de los profesionales.

Junto a la motivación, la formación continuada de los profesionales viene ocupando un lugar destacado en la actividad del Sistema Sanitario. Ha sido canalizada a través de la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud, contando con la colaboración de la Universidad de Extremadura, FUNDESALUD y otras instituciones. Todo ello ha conducido a una dilatada y consolidada trayectoria en formación continuada.

En consecuencia, la motivación, la participación y la formación de los profesionales son consideradas acciones clave para la consecución de las políticas de salud de Extremadura, trasladadas a un plano estratégico en el Plan de Salud.

La elaboración del Plan de Salud ha contado con la participación de los profesionales del Sistema Sanitario de los ámbitos asistencial, de gestión y de administración sanitarias y de Salud Pública, habiendo aportado su visión, conocimientos y experiencia. Una vez aprobado, resultará fundamental la implicación a través de su trabajo de todos los profesionales en la aplicación de las actuaciones en él previstas y también en su participación a la hora de definir y elaborar protocolos, guías, recomendaciones o programas, tanto para la atención a los problemas de salud prioritarios, como en aspectos relacionados con la gestión, organización y coordinación de los servicios.

g) RESPUESTA EN TIEMPO ADECUADO

El SSPE debe ser capaz de detectar y adaptarse de forma precoz a las necesidades y cambios del entorno (interno y externo), de manera activa, flexible y constante, en aras de ofrecer la mejor respuesta posible en cada caso.

La respuesta en tiempo adecuado es una variable de la accesibilidad, a la que el SSPE debe prestarle especial atención. Constituye una estrategia prioritaria del Plan de Salud, la mejora de la accesibilidad a los servicios evitando que las demoras conlleven riesgos para el paciente y una carga emocional indeseada para los profesionales, pacientes y familiares.

Desde el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* se propugna que el SES continúe con estrategias encaminadas a reducir los tiempos de respuesta, tanto en la actividad

CAPÍTULO V

diagnóstica como terapéutica, de forma que se priorice por proceso asistencial y se establezcan por consenso técnico los tiempos de espera máximos adecuados.

h) UNA ATENCIÓN INTEGRAL, INTEGRADA Y CONTINUA

La política de salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura, sustentada en las raíces del Estado de Bienestar, orienta los servicios sanitarios hacia la satisfacción de las necesidades de la ciudadanía.

A la hora de materializar dicha política de salud, desde el Plan de Salud, se establece que toda ordenación normativa y funcional de los centros sanitarios y sociosanitarios del SSPE favorezca una atención integral, integrada y continua de los ciudadanos.

Una atención integral en relación con el concepto ecológico de la salud o logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y de capacidad de funcionamiento, que permita considerar los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.

Además, una atención integrada para que la respuesta del Sistema Sanitario incluya la promoción de la salud junto con los cuidados preventivos, curativos y rehabilitadores.

Y una atención sanitaria continua a lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos (domicilio, escuela, trabajo, residencia, etc.) y circunstancias (consulta en centro de atención primaria, en urgencias, en hospitales, etc.).

i) FOMENTANDO LA COMPETENCIA DE LOS PROFESIONALES

La Sanidad extremeña hace un uso intensivo de recursos humanos altamente cualificados. La calidad de sus servicios y prestaciones debe asegurarse mediante la garantía de la competencia de sus profesionales.

El Sistema Sanitario en su conjunto, orientado hacia el ciudadano/usuario, impulsará estrategias que fortalezcan el papel de los profesionales del SSPE y formalicen su integración, participación efectiva en la toma de decisiones y desarrollo integral, como instrumentos para conseguir una utilización eficiente de los recursos sanitarios, particularmente los gestionados por el SES.

Es decir, se hace necesario generar estrategias en materia de recursos humanos, que contemplen la calidad tanto de los procedimientos de selección como en el desarro-

CAPÍTULO

llo profesional. Todo ello se realizará a través de un proceso ampliamente participativo, coherente y generando relaciones incentivadoras y estimulantes con los profesionales. En el mismo, se impulsará una cultura basada en valores de participación y motivación que revierta en la calidad de los servicios que presta el SSPE.

Los profesionales del SSPE, deberán ser favorecidos para que trabajen en la consecución de los objetivos institucionales y en la utilización eficiente de los recursos. Para ello, se promoverán cambios estructurales relacionados con la consecución de objetivos con garantía de calidad, la eficiencia, la autoorganización y la corresponsabilidad. Además, la Administración sanitaria llevará a cabo políticas profesionales basadas en el desarrollo profesional.

El *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, apuesta por el desarrollo profesional y promueve instaurar la carrera profesional basada en la evaluación de la competencia profesional. Competencia profesional entendida como un proceso dinámico y longitudinal en el tiempo, por el que el profesional utiliza los conocimientos científicos, habilidades, actitudes y buen juicio, asociados a su profesión con la finalidad de desarrollarla de forma eficaz en todas las situaciones que correspondan al campo de su práctica.

Los directivos del SSPE, comprometidos con el proyecto institucional, como no puede ser de otra manera, gestionarán los recursos sanitarios eficientemente, optimizando la eficacia de sus sistemas productivos y prestando servicios de calidad a ciudadanos.

j) FAVORECIENDO LA PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD

Considerar la opinión, las necesidades, el sentir de los ciudadanos y de las organizaciones que los representan, constituye algo esencial para la buena gestión del Sistema Sanitario. Los centros y servicios sanitarios deben estar orientados para atender al ciudadano y para que éste disponga de la información y cauces suficientes para su participación activa en el mismo.

La participación comunitaria en salud debe ser entendida como un proceso por el cual los individuos, las familias y los grupos sociales en general, toman a cargo su propia salud y bienestar, lo mismo que el de la comunidad de la cual ellos forman parte. Gracias a esta participación, los individuos y grupos sociales pueden incrementar sus responsabilidades en salud contribuyendo a un desarrollo más global del estado de salud de la sociedad y de los centros y servicios sanitarios disponibles.

CAPÍTULO V

El *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* promueve la participación de los pacientes, de las personas afectadas por la enfermedad y de la sociedad en general en el SSPE, teniendo como objetivos, conseguir una mayor democratización del Sistema e intentar mejorar la efectividad de la atención sanitaria.

Se estimulará la participación de la sociedad en la mejora de la salud individual y colectiva, buscando alianzas con los diferentes sectores sociales, ofreciendo información transparente, favoreciendo la labor de los órganos de participación formal y estimulando el debate en torno a la salud y los servicios sanitarios.

Desde el Plan de Salud se propugna dar un impulso renovado a la participación formal, especialmente a través de los Consejos de Salud, espacios de encuentro entre la Administración y los agentes sociales.

Un generador fundamental de esas interacciones entre Administración Pública y sociedad, lo constituirá el Consejo Regional de Pacientes. Tanto las asociaciones de pacientes, como la propia Consejería de Sanidad y Dependencia, se encuentran comprometidas en su buen funcionamiento y en lograr importantes resultados de sus trabajos.

En el marco de esta estrategia de lograr una relación estrecha con los ciudadanos y sus representantes en colectivos y asociaciones, jugarán un papel relevante los medios de comunicación social, que en materia sanitaria pueden gozar de una considerable labor como informadores en salud. Los medios de comunicación, a través de los profesionales sanitarios y del periodismo, pueden hacer llegar los mensajes de la sanidad extremeña con el único objetivo de alcanzar la mejor atención y defensa de los intereses reales de los ciudadanos.

Finalmente, otorgar importancia a la participación en la gestión del Sistema Sanitario, debe suponer también fomentar la responsabilidad individual sobre la propia salud, lo que exige al Sistema Sanitario dotar al ciudadano de una educación para la salud accesible y temprana en hábitos saludables y factores de riesgo.

k) MEJORA CONTINUA DE LA ORGANIZACIÓN

La Ley de Salud de Extremadura establece como uno de los principios del Sistema Sanitario, la mejora continua de la calidad de la atención a la salud y la asistencia sanitaria prestada.

La política de mejora continua responde a una política de planificación previa y obedece a criterios científicos (precisando el compromiso de sociedades científicas), eco-

nómicos (atendiendo a compromisos de eficiencia), sectoriales sanitarios (precisando de la colaboración de colegios profesionales y agentes sindicales) y de interés público (órganos de participación y asociaciones interesadas).

I) LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad del paciente es uno de los aspectos clave en la asistencia sanitaria de nuestros días, que es cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia total de efectos adversos. Se trata de una actividad en la que se combinan un gran número de factores inherentes al propio Sistema, con actuaciones humanas.

Desde el Plan de Salud se propugna consolidar los distintos proyectos de seguridad de los pacientes llevados a cabo desde el SES, en el marco de las políticas de calidad del SNS y consensuados en el seno del CISNS, desde un abordaje planificado a fin de que en las diferentes actuaciones sanitarias se tenga presente dónde pueden existir deficiencias para proponer medidas correctoras que disminuyan las probabilidades de que esos efectos ocurran.

Desde el Plan Estratégico de Seguridad del Paciente, destinado a abordar esta compleja problemática, se desarrollarán líneas de actuación en el ámbito del SES con el fin de prevenir, detectar y disminuir los efectos adversos que pueden aparecer en el transcurso de la atención sanitaria. Desde el mismo, se promoverán acciones de mejora en relación con la información sobre seguridad de pacientes (tanto en el ámbito profesional como entre los ciudadanos), el desarrollo de sistemas de información sobre efectos adversos, y la promoción de prácticas seguras en los centros asistenciales.

II

UN MODELO INTEGRADO DE SALUD

El modelo integrado de salud, constituye en sí mismo, el elemento facilitador clave para ofertar una atención integral (preventiva, promotora, protectora, curativa, cuidadora y rehabilitadora), que contemple la interdisciplinariedad de multitud de procesos y la efectiva coordinación de los recursos.

En este contexto, las prestaciones sanitarias y de salud del SSPE se configuran como un conjunto de iniciativas organizadas por las administraciones públicas para preser-

CAPÍTULO V

var, proteger y promover la salud de la población e intentar recuperarla en los casos de pérdida, bajo un rector próximo al ciudadano que vela por la continuidad de la atención.

A través del modelo de gerencia única, se promoverá una combinación de ciencias, habilidades y actitudes dirigidas a atender la enfermedad y al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales, sobre la base de la gestión por procesos.

Sin perder la integralidad de las actuaciones de Salud Pública, de atención primaria y de atención especializada, se ofertará una cartera de servicios integral del SSPE capaz de soportar una mejora continua de la calidad y de la gestión de los procesos de atención a la salud que reciban todos los ciudadanos extremeños. La cartera de servicios de atención sanitaria del SES, como un instrumento de calidad y de mejora de la gestión de los procesos de atención sanitaria que tienen que recibir los ciudadanos, supondrá una orientación funcional del trabajo de los profesionales, estando sustentada en cuatro pilares: respuesta a las necesidades de salud de la población; abordaje integral de los problemas de salud; gestión de los Responsables de la atención sanitaria; y organización integrada en el conjunto del SSPE y en armonía con el SNS.

Bajo el epígrafe de un modelo integrado de salud, el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* propugna una estrategia de integración de la Salud Pública, la atención primaria de salud, la atención especializada, la atención a urgencias y emergencias, el marco de la atención sociosanitaria, la promoción del uso racional del medicamento y de los recursos sanitarios en general.

a) SALUD PÚBLICA

Durante el periodo de vigencia del *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, cobrarán especial protagonismo las acciones de impulso a la Salud Pública, especialmente en prevención, el área donde mayores beneficios para la salud de los ciudadanos pueden obtenerse con la aplicación de políticas adecuadas.

Se elaborará y aprobará la Ley de Salud Pública de Extremadura que sentará las bases de la moderna Salud Pública, integrada en el modelo organizativo del SSPE y donde el protagonismo no sólo recae en las Administraciones y los profesionales, sino que debe ser compartido también por los ciudadanos, las familias, los centros educativos, las empresas, las universidades, los centros de investigación y los agentes sociales. Desde este marco legal, se favorecerá el liderazgo y la implantación de programas

dirigidos a los principales problemas de salud e iniciativas que pongan la salud y el bienestar en el centro de las políticas.

Entre otros aspectos, la Ley contemplará: las competencias de las administraciones públicas en Salud Pública, la promoción y educación para la salud, la prevención de la enfermedad y de los problemas de salud, la protección de la salud, la salud medioambiental, los sistemas de información sanitaria, la vigilancia en Salud Pública, la seguridad alimentaria, la participación comunitaria en salud, la seguridad del paciente, las emergencias y medidas especiales en Salud Pública, la coordinación y cooperación sanitaria o la responsabilidad social de la institución sanitaria.

Desde el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* se aboga por la incorporación efectiva en los servicios de las actividades preventivas y de promoción de hábitos saludables relacionadas con los problemas de salud prioritarios definidos en el mismo, y que básicamente guardan relación con la educación para la salud, otras herramientas de promoción de hábitos y estilos de vida saludables, las actividades de detección precoz, las inmunizaciones y las intervenciones sobre grupos específicos de población.

Desde el modelo integrado de salud, el SSPE llevará a cabo la Cartera de Servicios en Atención a la Salud Pública en el marco de atención primaria de salud, abarcando los ámbitos de la vigilancia epidemiológica, la seguridad alimentaria, la salud medioambiental y la salud comunitaria.

En el abordaje de las políticas de Salud Pública, se propugna el trabajo conjunto con la Federación de Municipios y Provincias de Extremadura y con las Corporaciones locales en general, para impulsar la Salud Pública local y diseñar acciones de política local y salud así como impulsar el proyecto de mancomunidades y ciudades saludables.

b) ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La atención primaria es el nivel inicial, básico y central de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida de las personas, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Cuenta con los recursos más próximos al ciudadano: centros de salud, consultorios locales y unidades de salud bucodental, salud mental, orientación y planificación familiar, atención a las drogodependencias, fisioterapia, etc.

Las peculiaridades sociodemográficas de Extremadura, obligan al SSPE en general y a la atención primaria en particular, a contar con un importante número de recursos

CAPÍTULO V

profesionales y materiales, que garanticen y compatibilicen una atención de calidad y un elevado nivel de accesibilidad.

Desde el modelo integrado de salud, el SSPE desarrolla una atención primaria de salud que comprende: la asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo; la indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos; las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria; las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud; la rehabilitación básica; las atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos; la atención paliativa a enfermos, preferentemente en fase terminal; la atención a la salud mental; y la atención a la salud bucodental.

Desde la atención primaria se hará frente a las necesidades derivadas de los cambios experimentados en la sociedad extremeña y, particularmente, al aumento de la demanda de servicios, condicionados por: el envejecimiento progresivo de la población; la mejora del nivel de vida; las modificaciones en los factores de riesgo y en la morbimortalidad; o la incorporación de los avances científicos y tecnológicos. En consecuencia, de forma participativa, el SES introducirá los cambios organizativos necesarios para alcanzar la calidad y el óptimo desarrollo de las tareas propias de la atención primaria de salud en el actual escenario social.

Se reorientarán los procesos en atención primaria hacia el modelo integrado de salud, donde la continuidad de la atención traspase las propias fronteras del nivel primario de salud, y el equipo de atención primaria realice un seguimiento del ciudadano independientemente del recurso que intervenga en cada fase del proceso.

En este sentido, la potenciación de la Atención Primaria se llevará a cabo mediante la aplicación de la Estrategia AP-21, aprobada por el Pleno del Consejo Interterritorial, en diciembre de 2006, con un horizonte de seis años (2007-2012). Para ello se promoverán las actuaciones que vayan encaminadas a incrementar la capacidad de resolución de los servicios, los cuidados sanitarios a domicilio, la mejora en la coordinación entre atención primaria y atención especializada y la disminución de la carga burocrática de los profesionales.

Se continuará con las acciones de mejora y el mantenimiento de infraestructuras, de acceso a nuevas tecnologías diagnósticas, terapéuticas y de información y comunicación, así como de la adecuación progresiva de los equipos de atención primaria a las necesidades y circunstancias cambiantes del entorno.

c) ATENCIÓN ESPECIALIZADA SANITARIA

La atención especializada en Extremadura está dotada de servicios hospitalarios de referencia, de hospitales de área y de hospitales de alta resolución, que conforman una oferta de servicios que responde a las estrategias de configurar a estos recursos especializados como instrumentos de equilibrio territorial.

La atención sanitaria especializada del SSPE, comprende: la asistencia especializada en consultas; la asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico; la hospitalización en régimen de internamiento; el apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, la hospitalización a domicilio; la indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos; la atención paliativa a enfermos, preferentemente en fase terminal; la atención a la salud mental; y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

El modelo integrado de salud operará en este nivel facilitando al máximo, la coordinación entre los distintos servicios y niveles, a fin de garantizar la continuidad de la atención integral al paciente, optimizar los recursos, mejorar la calidad del proceso y garantizar la máxima eficiencia en la atención prestada.

d) ATENCIÓN A LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS

La atención a las urgencias y emergencias sanitarias, en el marco del SSPE, es considerada como una acción transversal, continua, que traspasa los niveles de atención primaria y especializada, y por tanto, participa de ambas.

Con una década de desarrollo, el Sistema de Urgencias y Emergencias Sanitarias de Extremadura, se configura como una red de recursos sanitarios, integrada en el SSPE, capaz de hacer frente con razonable nivel de calidad, a las necesidades que, en este área de intervención, precisa la Comunidad Autónoma.

La atención de urgencia se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata; se dispensa tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería. La emergencia sanitaria, viene caracterizada por: comportar un elevado riesgo vital; aparecer de un modo súbito; requerir una respuesta especializada inmediata; precisar de asistencia “in situ” y un transporte asistido hasta el hospital; necesitar de personal especializado y con formación específica; y poder requerir la participación de instituciones no sanitarias (policía,

CAPÍTULO

bomberos, etc.). En Extremadura, se dispensa, básicamente, mediante unidades móviles especializadas (UMES), terrestres y aéreas, allí donde se produce el incidente.

El *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, propugna el desarrollo de estrategias dirigidas a la consolidación y mejora continua de los recursos destinados a las urgencias y emergencias sanitarias del SSPE.

La urgencia sanitaria en el ámbito de atención primaria, se lleva a cabo desde los 129 puntos de atención continuada (PAC), vinculados funcionalmente a los correspondientes centros de salud. En la gestión de estos recursos, se establecerán aquellas modificaciones acordes con los cambios que se vayan produciendo en las necesidades de las respectivas zonas de salud, así como con la mejora progresiva en dotación tecnológica y la implantación de aquellos PAC de Alta Resolución (PACAR).

En el ámbito de la atención hospitalaria, las urgencias son atendidas por los Hospitales de Área y Hospitales de Alta Resolución del SSPE. Durante el periodo de vigencia del *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, se introducirán medidas organizativas y de modernización de estos Servicios.

La atención de las emergencias sanitarias es abordada, en coordinación con el Centro de Urgencias y Emergencias 112 de la Junta de Extremadura, a través del Servicio Emergencias Sanitarias de Extremadura. Se cuenta con el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias del 112, dos helicópteros-UCI medicalizados y 16 unidades medicalizadas de emergencias en todas las áreas de salud.

e) EL MARCO DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

El marco de la atención sociosanitaria desde la perspectiva del SSPE viene definido por el conjunto de cuidados destinados a aquellas personas, generalmente con enfermedades crónicas, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

De conformidad con la normativa vigente, las respuestas del Sistema Sanitario en este marco de la atención sociosanitaria, comprenderá: los cuidados sanitarios de larga duración; la atención sanitaria a la convalecencia; y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

Los Sistemas sanitario y social de Extremadura, estarán adaptados a las profundas transformaciones de nuestra sociedad (proceso de envejecimiento de la población y

demás cambios sociales y demográficos) y a las necesidades emergentes que conllevan, implicando nuevas prestaciones entrelazadas, sociales y sanitarias, relacionadas sobre todo con la cronicidad y la dependencia.

El *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* aboga por profundizar en el desarrollo del Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura, consolidando un modelo definido por la acción conjunta desde los dos sistemas enunciados, en la que cada uno de ellos ayude a delimitar sus competencias y desarrolle todos los servicios necesarios para aportar una respuesta integral a las necesidades de los ciudadanos extremeños, organizando un sistema de servicios coordinado, con procesos bien definidos.

Desde el conocimiento de las necesidades reales de los ciudadanos, el desarrollo del Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura y de su Plan Director, se promoverá: la consolidación y progreso del programa regional intersectorial “Extremadura Te Cuida”; la equidad en el acceso a las prestaciones, mediante la planificación y reparto territorial en la concesión y ordenación de servicios y recursos y la priorización por la intensidad de la necesidad de atención; la accesibilidad, para una oferta acorde con la dispersión geográfica de la población; la eficiencia, a través de medidas como la gestión del caso, la continuidad de cuidados o la búsqueda de alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos; así como la implicación de los profesionales y de los ciudadanos en el sistema de cuidados.

Se hace necesario extender las actividades preventivas, impulsar la detección, tratamiento y seguimiento de las personas con mayor riesgo de pérdida de autonomía, coordinar los recursos sanitarios y sociales, aumentar el apoyo a los cuidadores, promover la formación de profesionales para mejorar la competencia y fomentar la investigación del envejecimiento, tanto de sus causas como de las posibles acciones para retrasarlo.

Las prestaciones de protección a la dependencia, deberán llevarse a cabo a través de un modelo de “*continuum* asistencial” de base territorial en el que estarán implicados los diferentes departamentos de la Junta de Extremadura, las Administraciones locales, y los proveedores de servicios sanitarios y sociales, entre otros.

f) USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO Y DE LOS RECURSOS SANITARIOS

De conformidad con lo establecido en la Ley de Farmacia de Extremadura, la prestación farmacéutica del SSPE comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma ade-

CAPÍTULO V

cuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la sociedad. El desarrollo reglamentario de la Ley de Garantía y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, de ámbito nacional, y de la Ley de Farmacia de Extremadura, ha venido a mejorar la ordenación farmacéutica y a reforzar la seguridad de la cadena farmacéutica.

El elevado consumo de fármacos y su impacto sobre el SSPE, exigen que desde la gestión de la prestación farmacéutica se adopten todas aquellas medidas necesarias para alcanzar una mejora en la calidad de la prestación y en una gestión más eficiente de los recursos.

Se propugnan estrategias para el uso correcto de medicamentos que permitan mejorar la calidad de la prestación farmacéutica a los ciudadanos, con especial énfasis en colectivos con dificultades especiales. Es preciso mejorar los procesos que contribuyan a una utilización óptima de los medicamentos, implicando a todos los agentes que intervienen en los mismos: profesionales sanitarios, productores, distribuidores, farmacéuticos, gestores y usuarios. En el aspecto de la seguridad, se impulsarán las actividades del Programa de Farmacovigilancia de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

III

OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

A continuación se presentan los objetivos y líneas de actuación establecidos en el ámbito de la organización y gestión de los servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma de Extremadura, con un horizonte temporal que se sitúa en el año 2012. Éstos están orientados, fundamentalmente, a hacer efectivos los principios del SSPE y la política sanitaria de la Junta de Extremadura.

Para alcanzar esta efectividad, se requiere un planteamiento multisectorial, aunque el SSPE ha de asumir una parte importante del liderazgo con el objetivo general de aumentar las ganancias en salud, la equidad y la satisfacción de los ciudadanos.

OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

OBJETIVO 34.- Orientar el Sistema Sanitario Público de Extremadura a la mejora de la salud, la equidad, la accesibilidad y la eficiencia, durante el periodo de vigencia del Plan de Salud.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

CAPÍTULO

34.1. Desarrollo de iniciativas políticas, legislativas y reguladoras, encaminadas a preservar la equidad y solidaridad en la organización, así como a optimizar el funcionamiento del conjunto del SSPE.

Responsables: Asamblea de Extremadura
Consejo de Gobierno. Junta de Extremadura
Consejería de Sanidad y Dependencia

Evaluación: N° de iniciativas legislativas, políticas y reguladoras llevadas a cabo

34.2. Desarrollo de instrumentos útiles de mejora de la gestión de la salud, en particular: implantación de la gestión por procesos, guías de actuación, planes y programas.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: N° de procesos definidos
N° de guías, planes y programas puestos en marcha con esta finalidad

34.3. Acciones de mejora del acceso, la eficiencia y la adecuación de las tecnologías sanitarias.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD

Evaluación: N° de iniciativas llevadas a cabo

34.4. Adopción de medidas dirigidas a aumentar la equidad, la eficiencia y el rendimiento de las actividades y los procesos, con el fin de aportar ventajas añadidas, tanto al conjunto del Sistema Sanitario como a sus usuarios.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Existencia de medidas de mejora de eficiencia en los contratos de gestión de las áreas de salud
Porcentaje de cumplimiento de las medidas de mejora de eficiencia definidas en los contratos de gestión de áreas de salud

34.5. Potenciación de medidas que faciliten el acceso de los ciudadanos al SSPE mediante tecnologías digitales de la información y comunicación.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia del SES

Evaluación: Medidas de mejora de acceso de los ciudadanos sobre la base de las tecnologías de información y comunicación.

CAPÍTULO V

34.6. Elaboración, aprobación y desarrollo de la Ley de Salud Pública de Extremadura que sienta las bases de la moderna Salud Pública.

Responsables: Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura.
Consejería de Sanidad y Dependencia
Asamblea de Extremadura.

Evaluación: Promulgación de la Ley de Salud Pública
Desarrollo reglamentario de la Ley de Salud Pública

OBJETIVO 35.- Detectar las desigualdades sociales en el ámbito de la salud, e implementar medidas correctoras, durante el periodo de vigencia del Plan de Salud.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

35.1. Detección y estudio de las situaciones de desigualdad social efectiva en salud, en cada una de las áreas de salud del Sistema Sanitario y en su conjunto.

Responsables: Gerencias de las áreas de salud del SES
Dirección Gerencia del SES

Evaluación: Realización del diagnóstico de las situaciones de desigualdad efectiva en el nivel de salud, por área de salud

35.2. Incorporación en los contratos de gestión del Servicio Central del SES acordados con las áreas de salud, de actuaciones de mejora de la accesibilidad y de reducción de las situaciones de desigualdad en salud detectadas en el área.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Inclusión de mejoras de accesibilidad en los contratos de gestión
Nº de actividades dirigidas a minimizar situaciones de desigualdad, asumidas en el contrato de gestión, por área de salud

35.3. Acciones de discriminación positiva que favorezca el acceso de aquellas personas en situación de especial riesgo de exclusión social y vulnerabilidad ante la enfermedad.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Existencia de acciones de mejora de acceso de personas: extranjeras sin recursos, con trastorno mental severo sin recursos y redes sociales, víctimas de la violencia de género, con adicciones, etc. por área de salud

35.4. Elaboración y desarrollo de medidas que contemplen la seguridad del paciente en la asistencia sanitaria.

Responsable: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación: Nº de medidas que contemplen la seguridad del paciente

OBJETIVO 36.- Orientar la actuación del Sistema Sanitario Público de Extremadura hacia una atención integral, continua e integrada en el marco organizativo del área de salud, durante el periodo de vigencia del Plan de Salud.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

36.1. Mejora de la ordenación funcional de los centros de atención primaria de salud, unidades de apoyo, centros hospitalarios y atención especializada, que favorezca una atención integral y continua del paciente.

Responsable: Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Asunción de la continuidad en la atención de los procesos sobre la base de una revisión evaluativa de la historia clínica

Porcentaje de centros sanitarios con orientación hacia la atención integral del paciente en su plan estratégico/área de salud

36.2. Desarrollo de la Cartera de Servicios del SSPE.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia del SES

Evaluación: Evaluación del nivel de desarrollo y de implantación de la Cartera de Servicios del SSPE

36.3. Implantación progresiva de la gestión por procesos en todas las áreas de salud.

Responsable: Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Nº de procesos implantados por área de salud

36.4. Elaboración del nuevo Catálogo de Prestaciones Sanitarias del SES.

Responsable: Dirección Gerencia del SES

Evaluación: Existencia del nuevo Catálogo de Prestaciones Sanitarias

OBJETIVO 37.- Desarrollar las estrategias enunciadas en el Plan Marco de Calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura, durante el periodo de vigencia del Plan de Salud.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

37.1. Desarrollo del Plan Marco de Calidad del SSPE.

Responsables: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
Dirección Gerencia del SES

Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Evaluación anual de los pilares estratégicos del Plan Marco de Calidad

CAPÍTULO V

37.2. Medidas encaminadas a la adecuación de los recursos y la prevención de errores a través del uso de protocolos y guías de práctica clínica, disminuyendo la variabilidad en los procesos de atención sanitaria.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Porcentaje de procesos protocolizados
Nivel de implantación de guías de práctica clínica por área de salud

37.3. Acreditación de centros, servicios y establecimientos sanitarios según el Modelo de Calidad establecido en la CAE.

Responsable: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD

Evaluación: N° de centros, servicios y establecimientos acreditados/año (públicos y privados)
Porcentaje de centros, servicios y establecimientos acreditados/año (públicos y privados)

37.4. Actividades de formación continua y aplicada dirigida al mantenimiento de la calidad científico-técnica de los profesionales.

Responsables: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
Gerencias de área de salud del SES

Evaluación: N° de actividades formativas realizadas/año
Porcentaje de actividades formativas acreditadas por la Comisión de Formación Continuada del SNS
N° de alumnos beneficiarios de los cursos de formación/año
N° de actuaciones encaminadas a la mejora continua de los profesionales, con la participación activa de sociedades científicas/año

37.5. Adecuación de las estructuras, los recursos materiales y humanos, y la oferta de servicios de los centros sanitarios y sociosanitarios, a los criterios de calidad establecidos por la Consejería de Sanidad y Dependencia y a las necesidades de los servicios sanitarios y de la población.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Gerencias de área de salud del SES

Evaluación: N° de actuaciones encaminadas al cumplimiento de los criterios de calidad

37.6. Promoción y optimización del Sistema de Reclamaciones y Sugerencias del SSPE, ganando en accesibilidad para todos los ciudadanos.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia del SES
Secretaría General del SES

Evaluación: Existencia de una guía para usuarios y pacientes sobre cómo realizar reclamaciones y sugerencias para ganar en accesibilidad
N° de campañas y actividades informativas / área de Salud / año, en este tema

37.7. Creación en cada área de salud de la Ventanilla Única de Información Sanitaria que atienda todo lo relacionado con los usuarios del SSPE.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Porcentaje de áreas de salud con unidades de Ventanilla Única de Información Sanitaria

OBJETIVO 38.- Desarrollar las estrategias enunciadas en el Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2007-2013 (PHAS), durante el periodo de vigencia del Plan de Salud.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

38.1. Desarrollo del PHAS en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Responsables: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD
Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Seguimiento y evaluación del PHAS

38.2. Incorporación de los objetivos del Plan de Humanización de la Atención Sanitaria en las actividades de los Contratos de Gestión del SES con las Gerencias de las Áreas de Salud.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Incorporación de los objetivos del PHAS en los Contratos de Gestión del SES

38.3. Entrenamiento en habilidades de comunicación básicas de los profesionales del SSPE que se relacionan directamente con los ciudadanos como usuarios.

Responsables: Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud. Consejería de Sanidad y Dependencia
FUNDESALUD
Secretaría General de la CSD
Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Nº de actividades formativas realizadas
Nº de profesionales que participan en los cursos, por año, área de salud y servicios centrales de la CSD y del SES

38.4. Implantación de actuaciones para la mejora de la comunicación entre los profesionales del SSPE y los ciudadanos con problemas de comunicación (discapacitados sensoriales, ciudadanos con idiomas diferentes, etc.).

CAPÍTULO V

Responsable: Consejería de Sanidad y Dependencia

Evaluación: N° de nuevas actuaciones que permitan mejorar la comunicación entre el SSPE y los ciudadanos afectados

38.5. Mejora del entorno y las condiciones afectivas que rodean a la mujer en el proceso del parto y la atención materno-infantil.

Responsables: Dirección Gerencia del SES

Gerencias de área de salud del SES

Evaluación: Evaluación global del Programa de Atención al Parto Normal

38.6. Mejora continua de las condiciones y de las prestaciones de los servicios hoteleros de los centros hospitalarios a pacientes y acompañantes.

Responsable: Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Porcentaje de oferta menú a los pacientes ingresados/ área de salud

Porcentaje de oferta menú a los acompañante/ área de salud.

Porcentaje de oferta de pisos para residencia temporal a acompañantes de enfermos desplazados fuera de la CA

Porcentaje de oferta atención escolar a niños ingresados/área de salud

Porcentaje de habitaciones uso individual/ área de salud

OBJETIVO 39.- Consolidar el Sistema de Urgencias y Emergencias Sanitarias de Extremadura, durante el periodo de vigencia del Plan de Salud.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

39.1. Mantenimiento y mejora de la estructura física y el equipamiento de los recursos destinados a las urgencias y emergencias sanitarias del SSPE.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia

Dirección Gerencia del SES

Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: N° de PAC en funcionamiento en la CAE

N° de Unidades Medicalizadas de Emergencias (UME) operativas

N° de Unidades en funcionamiento de Transporte Aéreo (helicópteros)

N° de Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH)

Porcentaje de PAC con recursos y equipamiento estándar definidos por la CSD

39.2. Fomento de la actualización permanente de conocimientos y habilidades de los profesionales implicados en el Sistema de Urgencias y Emergencias Sanitarias de Extremadura.

Responsables: Dirección General de Gestión del Conocimiento Calidad de la CSD

Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Porcentaje de profesionales (de PAC, SUH y SE) que reciben formación continua en urgencias, por área de salud.

Porcentaje de profesionales (de PAC, SUH y SE) que reciben formación continua en emergencias, por área de salud.

39.3. Mejora del mapa de helisuperficies y puntos de contacto, disponibles.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Ayuntamientos

Evaluación: N° de helisuperficies operativas en la CAE
N° de helipuertos/helisuperficies en centros hospitalarios operativas
N° de puntos de contacto para helicópteros sanitarios, operativos en la CAE

39.4. Coordinación y mejora operativa de la respuesta de los servicios de urgencias y emergencias sanitarias, incluidos los relacionados con el Centro de Urgencias y Emergencias 112 de la Junta de Extremadura.

Responsables: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
Consejería de Presidencia. Centro de Urgencias y Emergencias 112
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Tiempo medio de demora de atención a la urgencia en el medio rural y urbano.
Tiempo medio de demora de atención a la emergencia por UME

39.5. Cooperación del SSPE en los Planes de Emergencia de Extremadura.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Consejería de Presidencia. Centro de Urgencias y Emergencias 112.
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Seguimiento de los Planes de Emergencia de la Junta de Extremadura (TRAN-CAEX, INFOEX, INUNCAEX, PLATERCAEX, etc.).

OBJETIVO 40.- Durante el periodo de vigencia del Plan de Salud, se desarrollarán las estrategias enunciadas en el Plan Marco de Atención Socio-sanitaria y la atención a la dependencia desde el Sistema Sanitario Público de Extremadura.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

40.1. Desarrollo del Plan Director de Atención Sociosanitaria.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Dirección Gerencia del SEPAD

Evaluación: Implantación del Plan Director de Atención Sociosanitaria en todas las Áreas de Salud y sociosanitarias

CAPÍTULO V

40.2. Implantación de los planes individualizados de servicios, capaces de organizar y coordinar los cuidados de cada persona, fomentando una organización orientada al proceso.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Dirección Gerencia del SEPAD
Dirección General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia del SEPAD

Evaluación: Implantación o no de los planes individualizados de servicios

40.3. Evaluación periódica de los servicios provistos para la atención sociosanitaria, de acuerdo con el plan de cuidados, a partir de las variables: calidad, tiempo, equidad, efectividad, resultados y satisfacción del usuario, entre otras.

Responsables: Dirección Gerencia del SEPAD
Consejería de Sanidad y Dependencia

Evaluación: N° de procesos de evaluación efectuados

40.4. Adecuación y ordenamiento de los Sistemas Sanitario y Social para que sean capaces de dar respuesta a las demandas y necesidades socio-sanitarias de la población de forma eficiente.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Dirección Gerencia del SEPAD

Evaluación: Ordenación global de los recursos, de los Sistemas Sanitario y Social

40.5. Mejora en la oferta de dispositivos sociales y sanitarios que favorezcan la promoción de la autonomía personal, la prevención a la dependencia, el apoyo a los cuidadores, la convalecencia, la rehabilitación y los cuidados continuados.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Dirección Gerencia del SEPAD
Dirección General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia del SEPAD

Evaluación: N° de programas y dispositivos de atención creados

40.6. Implementación y desarrollo de programas que favorezcan la permanencia de la persona en su entorno, tales como: atención a domicilio, teleasistencia, atención en centros de día, ayudas técnicas, seguimientos social y sanitario, promoción de apoyos sociales extrafamiliares, acondicionamiento de la vivienda.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Dirección Gerencia del SEPAD
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Implementación de prestaciones que favorezcan la permanencia del paciente en su entorno, por área de salud

40.7. Atención sanitaria de los pacientes institucionalizados por motivos sanitarios y/o sociales, en el marco de los programas integrados de atención sociosanitaria.

Responsable: Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: N° de personas atendidos al año, por área de salud

40.8. Programas de formación continuada de los profesionales del SSPE en la atención a la dependencia y promoción de la autonomía personal.

Responsables: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD

Evaluación: Porcentaje de profesionales (por tipología de recursos) que reciben formación continua en atención a la dependencia, por área de salud

40.9. Medidas de apoyo específico a las personas cuidadoras, basadas en: información y asesoramiento; adecuada formación; servicios de respiro; apoyo psicológico; y ayudas económicas.

Responsables: Dirección Gerencia del SES

Dirección Gerencia del SEPAD

Dirección General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia del SEPAD

Evaluación: N° de medidas realizadas/año

40.10. Promoción del papel del varón en la atención a la dependencia dentro de las acciones de impulso de la perspectiva de género.

Responsable: Dirección Gerencia del SEPAD

Evaluación: N° de actividades desarrolladas/año

OBJETIVO 41.- Impulsar el desarrollo de estrategias para el uso racional del medicamento y de los recursos sanitarios, durante el período de vigencia del Plan de Salud.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

41.1. Desde el SES, de conformidad con la política farmacéutica consensuada en el marco del SNS, se elaborará e implantará un plan estratégico de uso adecuado del medicamento para el conjunto de los centros y servicios del organismo autónomo.

Responsable: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación: Puesta en marcha o no del plan estratégico

Informes trimestrales de seguimiento

Evaluaciones anuales de resultados del mismo

CAPÍTULO V

41.2. Actualización de la Guía fármaco-terapéutica por parte de las comisiones fármaco-terapéuticas de área.

Responsable: Gerencias de área de salud del SES

Evaluación: N° de áreas de salud con la citada Comisión, operativa
N° de áreas de salud que actualizan la Guía fármaco-terapéutica

41.3. Formación continuada de los profesionales para la mejora continuada del uso racional del medicamento y control de pacientes polimedificados en el marco del SSPE.

Responsables: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Porcentaje de profesionales (médicos, enfermeros y farmacéuticos) por EAP, que reciben formación continuada en uso racional de medicamentos al año
Porcentaje de profesionales (médicos, enfermeros y farmacéuticos) por servicio hospitalario, que reciben formación continuada en uso racional de medicamentos al año
N° de áreas de salud con programa de control de pacientes polimedificados

41.4. Gestión informatizada de la prescripción, con retorno mensual de informe a los profesionales de sus perfiles de prescripción e información complementaria.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Porcentaje de EAP que reciben mensualmente los perfiles de prescripción por profesional
Porcentaje de EAP que reciben mensualmente los perfiles de prescripción de “medicamentos de valor intrínseco no elevado” por profesional

41.5. Implementación, de conformidad con la política farmacéutica consensuada en el marco del SNS, de los estándares éticos para los profesionales y gestores sanitarios en su relación con la industria farmacéutica.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: N° de áreas de salud donde se hace efectiva la implementen los estándares.

41.6. Promoción del uso adecuado de los centros y servicios sanitarios por parte de los ciudadanos/ usuarios/ pacientes.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: N° de actividades informativas específicas e inespecíficas sobre uso adecuado de los servicios sanitarios.
N° de actividades formativas e informativas dirigidas al uso adecuado de los servicios sanitarios

OBJETIVO 42.- Durante el periodo de vigencia del Plan de Salud, se impulsará la participación comunitaria en salud.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

42.1. Información y disposición de cauces adecuados para la participación activa de los usuarios en los centros y servicios del SSPE.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: N° de medidas adoptadas

42.2. Dotación de la infraestructura organizativa y técnica necesaria que facilite la gestión, formación, apoyo instrumental y asesoramiento en participación comunitaria, en el marco del SSPE.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD

Evaluación: Existencia de estructura organizativa

42.3. Impulso de la participación formal, especialmente la desarrollada a través de los Consejos de Salud.

Responsable: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD

Evaluación: N° de Consejos de Salud constituidos
N° de Consejos de Salud funcionantes /año

42.4. Desarrollo de proyectos específicos de participación comunitaria en salud y educación para la salud.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD

Evaluación: N° de proyectos de PCS y EPS desarrollados / año
N° de asociaciones intervinientes

42.5. Promoción de la participación en salud de los pacientes, en el conjunto del SSPE

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD
Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: N° de actuaciones identificadas dirigidas específicamente a promover la PCE de los pacientes

CAPÍTULO V

42.6. Promoción de la colaboración institucional con las asociaciones de autoayuda, voluntariado social y ONGs que realicen programas de apoyo al usuario sociosanitario, sobre la base de la acción complementaria Administración-tercer sector.

Responsables: Dirección Gerencia del SES

Dirección Gerencia del SEPAD

Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD

Dirección General de Inclusión Social y Prestaciones de la Consejería de Igualdad y Empleo

Evaluación: N° de convenios y actuaciones de colaboración con ONG, asociaciones de autoayuda y voluntariado social / año

42.7. Creación del Registro de Asociaciones de Pacientes de Extremadura.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia

Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD

Evaluación: Creación y puesta en funcionamiento del Registro de Asociaciones de Pacientes

42.8. Creación y funcionamiento del Consejo Regional de Pacientes de Extremadura.

Responsables: Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura

Asamblea de Extremadura.

Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD

Evaluación: Creación y puesta en funcionamiento del Consejo Regional de Pacientes

42.9. Promoción de un sistema de gestión de calidad y responsabilidad social en organizaciones de pacientes.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia

Consejo Regional de Pacientes de la CSD

Evaluación: Definición del sistema de gestión de calidad de los centros del ámbito sociosanitario

N° de asociaciones de pacientes acreditadas

17. SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA

CAPÍTULO

La necesidad de dotarse de un potente sistema de información sanitaria ha sido una constante en todos los Planes de Salud elaborados por la Comunidad Autónoma de Extremadura, si bien es a partir de la asunción de las competencias en materia sanitaria cuando fue considerado un tema prioritario.

El sistema de información sanitaria se considera como un dispositivo indispensable, no sólo para promover políticas sanitarias de importancia, sino también a la hora de tomar decisiones por parte de planificadores, gestores, profesionales de la salud en su labor tanto de atención sanitaria, como de información y comunicación en la relación con los usuarios/pacientes del SSPE.

Sigue vigente, la definición de la OMS de los sistemas de información sanitaria como “los mecanismos o estructuras para la recogida, elaboración, análisis y transmisión de la información necesaria para organizar y hacer funcionar los servicios sanitarios de forma efectiva y eficiente”.

El sistema de información sanitaria es un elemento clave para hacer frente a los retos presentes y futuros que plantean los tres elementos fundamentales que conforman el Sistema Sanitario: ciudadanos, profesionales y Administración. Por una parte, los ciudadanos, cada vez más y mejor informados, y al mismo tiempo más exigente en todo lo que respecta a su salud, lo que conlleva una mayor demanda de servicios. Por otra parte, los profesionales de la salud, que se van concienciando cada vez más en la gestión y calidad de la atención que prestan a la ciudadanía. Y la Administración sanitaria, que ante una demanda creciente y una limitación de recursos, precisa de una mayor eficiencia y calidad en su gestión con la finalidad de conseguir un mejor nivel de salud, tanto para los ciudadanos como para la comunidad. Sin olvidar a las asociaciones profesionales y ciudadanas, que, desde su punto de vista, velan por las buenas prácticas en los servicios sanitarios.

En la actualidad, existen diferentes sistemas de información sanitaria sobre aspectos, patología, problemas o con objetivos concretos, que proporcionan abundantes datos en relación con el nivel de salud (mortalidad y morbilidad), recursos sanitarios, actividad sanitaria, gastos, etcétera. El desarrollo de los mismos, tanto en atención primaria como especializada, es muy variable, dependiendo de los diferentes Servicios Regionales de Salud. Es, por tanto, necesario ir avanzando en la misma dirección en el conjunto del SNS. Por tal motivo, la Subcomisión de Sistemas de Información del SNS, en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, impulsó en el año 2004 las

CAPÍTULO V

tareas para el desarrollo del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), con el objetivo de elaborar propuestas válidas para el conjunto del Sistema: Propuestas que deberían tener la suficiente flexibilidad como para permitir disponer de información equiparable en función de la organización, ordenación y gestión que cada servicio de salud hubiera adoptado. En el nivel de atención especializada se disponen de indicadores ya establecidos como el Conjunto Mínimo Básico de Datos o la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado.

En consonancia con lo establecido en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, en la que se indican las funciones para las distintas tipologías de usuarios del sistema de información, los cometidos más relevantes que debería cumplir el mismo serían las siguientes:

- Función de alerta hacia condicionantes o problemas de salud que puedan aparecer o intensificarse.
- Función prestadora de información para el *benchmarking* interno en lo referente a las estructuras, actividades, resultados y costes, en base a indicadores homogéneos.
- Función de normalización: promover y facilitar la existencia de acuerdos sobre estandarización referida a recursos asistenciales, estructuras, actividades, resultados y costes que se realizan en cada uno de los servicios de salud.
- Función de generación de conocimiento científico: relación con la investigación epidemiológica y sobre servicios de salud.
- Función facilitadora para el intercambio entre comunidades de experiencias con relación al sistema de información, especialmente en su relación con la implantación de las tecnologías de la información.

En la misma línea se ha ido avanzando en la revisión de numerosos sistemas de información y estadísticas disponibles, tales como: el citado ESCRI, Sistema de Información de Listas de Espera (SISLE), Sistema de identificación único de las personas usuarias del SNS (Tarjeta Sanitaria Individual, TSI), Conjunto Mínimo Básico de Datos-Grupos Relacionados de Diagnósticos (CMBD-GDR), Historia Clínica Digital del SNS (HCDSNS), etc.

En 2007, fue aprobado el Conjunto de Indicadores Clave del SNS, con los que se quiere representar la información-resumen seleccionada para la visualización del SNS, sin menoscabo de otros indicadores que se encuentran disponibles en los diferentes subsistemas de información. Emplea un esquema de agrupación de 104 indicadores seleccionados que permite operar dentro del marco del proyecto ECHI de la Comisión Europea:

- Población y sus características (aspectos demográficos, tanto de la población general como la protegida por el Sistema sanitario, aspectos socioeconómicos, etc.).

CAPÍTULO

- Estado de salud (esperanza de vida, mortalidad, morbilidad, etc.).
- Determinantes de la salud (factores biológicos y personales, estilos de vida, condiciones de vida y trabajo, etc.).
- Sistema Sanitario (acciones de promoción y prevención, recursos sanitarios disponibles, ofertas de servicios, etc.).
- Utilización de la oferta por parte de la población (utilización declarada por los usuarios, utilización registrada por el propio Sistema, etc.).
- Gasto sanitario generado (total y por habitantes, por funciones asistenciales, según clasificación económica presupuestaria, por procesos, etc.).
- Calidad y resultados de la atención sanitaria (la calidad de la provisión y variabilidad de la práctica clínica, la seguridad del paciente y las complicaciones potencialmente iatrogénicas, los resultados asociados a la acción sanitaria, tanto desde el punto de vista de impacto de salud, como su percepción –satisfacción– de los ciudadanos con el funcionamiento del Sistema Sanitario.

Los indicadores seleccionados proceden, generalmente, de los diferentes subsistemas de información y estadísticas existentes, si bien en algún caso precisan introducir elementos de normalización del proceso de obtención y tratamiento de los datos. Del mismo modo se amplían algunos contenidos de dichas estadísticas para obtener determinados indicadores clave, actualmente no disponibles. El mantenimiento y explotación del Conjunto de Indicadores Clave es responsabilidad del Instituto de Información Sanitaria (IIS), sobre datos recogidos directamente por el Ministerio de Sanidad y Consumo como proporcionados por las CCAA.

En un mundo globalizado, donde los ciudadanos se mueven con relativa frecuencia, es necesaria la coordinación con otras Comunidades Autónomas, por lo que el desarrollo de estrategias de información y comunicación sanitarias deben ser comunes y consensuadas en el marco del Consejo Interterritorial del SNS, de forma que se garantice la atención sanitaria a todas las personas, independientemente del lugar de residencia, y que sirva como instrumento de superación de los desequilibrios territoriales y sociales.

La frecuente movilidad de los ciudadanos es uno de los motivos ha llevado al desarrollo de la historia clínica digital en el SNS, y por ende, en Extremadura tiene como objetivo garantizar a los ciudadanos y a los profesionales sanitarios el acceso a aquella información clínica relevante para la atención sanitaria de un paciente desde cualquier lugar del SNS, asegurando a los ciudadanos que el acceso a sus datos queda restringido a quien esté autorizado y siempre al amparo de la Ley Orgánica de Protección de Datos.

En esta línea, la Comunidad Autónoma de Extremadura continúa desarrollando su Sistema de Información Sanitaria que permite su interoperabilidad en el seno del

CAPÍTULO V

Consejo Interterritorial del SNS, sin menoscabo de las características del modelo organizativo previsto en la Ley de Salud de Extremadura.

El SSPE, comenzó con la implantación y desarrollo del “Proyecto Jara” como sistema de información de atención sanitaria, de recursos económicos, y de gestión de recursos humanos. Al mismo tiempo, se fueron implantando y desarrollando el “Proyecto Civitas” como sistema de información de gestión poblacional y de recursos sanitarios; el “Proyecto Zurbarán” para la digitalización e intercomunicación de los servicios de radio-diagnóstico; la arquitectura tecnológica de soporte del Sistema Integrado de Información Sanitaria; el “Proyecto Cornalvo” que permite obtener los resultados de laboratorio *on line* a todos los médicos del SSPE; y el “Proyecto Orellana” como Sistema de Información Geográfica para la salud en sus fases de representación del mapa sanitario y de mapa de recursos; así como la implantación progresiva de la historia de salud electrónica.

La totalidad de las zonas de salud cuentan con software de gestión asistencial y la implantación de la historia de salud electrónica única. Ello va a permitir el acceso de los profesionales a todos los datos clínicos de los ciudadanos, y éstos van a poder acceder, a través de un portal de Internet seguro, a información clínica, pudiendo hacer copias en formato digital de sus informes de alta, informes de atención primaria, informes de cuidados de enfermería, analíticas, radiología e historia clínica resumida. El paciente puede imprimir estos documentos y cancelar esa posibilidad.

En Extremadura, el proyecto piloto experimental de la implantación de la receta electrónica comenzó en las localidades de Santa Amalia (Badajoz) y Malpartida de Cáceres (Cáceres), en marzo de 2007. Su puesta en marcha coincide con la entrada en vigor del presente Plan de Salud, y posibilitará la reducción de las tareas burocráticas de los profesionales sanitarios, reduciendo al mismo tiempo, en los pacientes con tratamientos de medio y largo plazo, sus visitas de forma radical.

Durante los últimos años, la telemedicina se ha extendido a nuevos centros de salud, sobre todo a aquellos que se encuentren más alejados de un centro de atención especializada. La actividad se puede hacer de dos formas: en tiempo real, en la que el paciente, médico, especialista o enfermera pueden estar en contacto visual y acústico; o por consulta diferida, ya que la telemedicina ofrece la posibilidad de realizar consultas al especialista, emisión de radiología para su informe posterior y múltiples formas de almacenamiento de la información para su posterior valoración. Por ello, se hace consulta diferida en especialidades demorables como dermatología, radiología, revisiones de pacientes crónicos o consultas a profesionales. La mayor parte de las teleconsultas entre los centros de salud y los hospitales de referencia se refieren a la especialidad de dermatología; le siguen traumatología, radiología, cirugía mayor ambulatoria, endocrinología, neumología, reumatología, nefrología, y medicina interna.

Los profesionales de los centros de salud también han utilizado los servicios de telemedicina para consultas relacionadas con dolencias de sus pacientes y referidas a las especialidades de geriatría, salud mental, cardiología, neurología, unidad del dolor, salud laboral, infecciosas y enfermería.

En otro orden de cosas, la citada globalización facilita enormemente la aparición, o reaparición, de riesgos para la salud de los ciudadanos no existentes de forma habitual, así como posibilidad de su propagación a otras zonas del país o del planeta. Esto ha llevado a la OMS a redactar un nuevo Reglamento Sanitario Internacional que insta a los países a establecer redes de vigilancia potentes, que incluyan la vigilancia clásica de casos y la vigilancia de riesgos, integrando la información de todos los niveles con el objetivo de prevenir la diseminación del riesgo desde su lugar de inicio, lo que exige la existencia de sistemas de información ágiles.

El *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* propugna el desarrollo y actualización de los sistemas de información implantados en los últimos años y la génesis de otros más específicos capaces de dar respuesta a las necesidades emergentes, así como garantizar la interoperabilidad y coordinación con los sistemas de información de los Servicios Regionales de Salud del resto de las Comunidades Autónomas, por acuerdos alcanzados en el marco del Consejo Interterritorial del SNS, y dentro de los márgenes y requerimientos establecidos por las autoridades supranacionales, específicamente la Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

OBJETIVO 43: Impulsar el desarrollo del Sistema de Información Sanitaria de Extremadura, de forma que sea capaz de integrar, generar, adquirir y transmitir cualquier información sanitaria, garantizando el nivel de eficacia, seguridad, fiabilidad, confidencialidad y autenticación que en cada caso requiera, durante el periodo de vigencia del presente Plan de Salud.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

43.1. Acciones para el desarrollo del Sistema de Información Sanitaria del SSPE.

Responsable: Dirección Gerencia del SES
Consejería de Sanidad y Dependencia

Evaluación: Implantación del sistema de información sanitaria en todas las áreas, centros y servicios de salud del SES

CAPÍTULO V

43.2. Estrategias dirigidas a promover la accesibilidad digital al SSPE, priorizando las actuaciones demandadas por la población y aquellas que favorezcan la equidad.

Responsable: Dirección Gerencia del SES

Evaluación: Implantación del sistema de gestión de recursos informáticos en todas las áreas, centros y servicios de salud del SES

43.3. Consolidación del sistema de gestión de recursos humanos del SES.

Responsable: Dirección Gerencia del SES

Evaluación: Implantación del sistema de gestión de recursos humanos en todas las áreas, centros y servicios de salud del SES

43.4. Desarrollo de la arquitectura tecnológica de soporte del sistema integrado de información sanitaria del SSPE.

Responsable: Dirección Gerencia del SES

Evaluación: Nivel de desarrollo de la arquitectura tecnológica del Sistema Integrado de Información Sanitaria

43.5. Desarrollo la historia de salud electrónica en todos los centros sanitarios del SSPE, y su integración en la Historia Clínica Digital del SNS.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Gerencias de áreas de salud del SES

Evaluación: Porcentaje de centros de atención primaria con implantación de la historia de salud electrónica, por área de salud

Porcentaje de profesionales con acceso a la historia digital, en tiempo real

Porcentaje de servicios de especializada con implantación de la historia de salud electrónica, por área de salud

Integración en la HCDSN

Porcentaje de profesionales que se han adaptado al sistema

Nº o porcentaje de “entradas” en la historias de salud electrónica

43.6. Desarrollo y consolidación del “Proyecto Jara”

Responsable: Dirección Gerencia del SES

Evaluación: Resultados de la evaluación del “Proyecto Jara”

43.7. Desarrollo de la telemedicina a nuevos centros de salud, así como aumento de la cobertura de especialidades.

Responsables: Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Porcentaje de centros de atención primaria con implantación de la telemedicina, por área de salud

Nº de centros de sanitarios con telemedicina, por área de salud

Nº de especialidades que se realizan a través de telemedicina, por Área de Salud

Nº o porcentaje, de consultas realizadas a través de telemedicina

43.8. Consolidación del *Proyecto Zurbarán* por el que se oferta la disponibilidad de fuentes de información básica para el diagnóstico por la imagen, a todos los centros sanitarios del SSPE.

Responsable: Dirección Gerencia del SES

Evaluación: Porcentaje de centros de atención primaria con “Proyecto Zurbarán” implantado

Porcentaje de consultas de especialistas con “Proyecto Zurbarán” implantado

Nº o porcentaje de consultas realizadas a través del programa

43.9. Generalización del *Proyecto Cornalvo* por el que se oferta la disponibilidad de fuentes de información básica para el diagnóstico de laboratorio, a todos los centros sanitarios del SSPE.

Responsable: Dirección Gerencia del SES

Evaluación: Porcentaje (ponderado) de Servicios de Laboratorio que comunican sus resultados analíticos al Sistema de Información Cornalvo

43.10. Desarrollo del portal “Salud de Extremadura”, referente a los temas de salud en la Comunidad, y para facilitar al ciudadano y los profesionales la adquisición de la información y la tramitación administrativa, posibilitando el acercamiento de la administración sanitaria a los ciudadanos.

Responsable: Consejería de Sanidad y Dependencia

Evaluación: Nº de trámites administrativos a través de este sistema

43.11. Acceso a todas las oficinas de farmacia de la Comunidad Autónoma mediante la tarjeta sanitaria individual (receta electrónica).

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia

Dirección Gerencia del SES

Evaluación: Porcentaje de la población extremeña con accesibilidad a receta electrónica

Nº o porcentaje de recetas electrónicas realizadas

43.12. Implantación en el SSPE, para los profesionales que lo requieran, del entorno virtual de trabajo como plataforma de trabajo personal y cooperativo al servicio de los ciudadanos.

Responsable: Consejería de Sanidad y Dependencia

Dirección Gerencia del SES

Evaluación: Porcentaje de profesionales con acceso a la información y comunicación a través del entorno virtual de trabajo

Porcentaje de profesionales que acceden al entorno virtual

CAPÍTULO V

OBJETIVO 44: Durante el periodo de vigencia del Plan de Salud, el Sistema Sanitario Público de Extremadura se dotará, en el marco de su Sistema de Información Sanitaria, de un cuadro de mando capaz de integrar todos los subsistemas de información, registros, etc., que puedan permitir analizar la información para la toma de decisiones, tanto en la gestión como en la planificación sanitaria, y la integración en los sistemas y subsistemas de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

44.1. Implantación, mantenimiento y gestión de los sistemas de información necesarios para la obtención de estadísticas e indicadores sanitarios, integrados en los subsistemas correspondientes del SNS (CMBD, ESCRI, SIAP, Indicadores Clave del SNS, Observatorio del SNS, Indicadores para el Seguimiento de las diferentes estrategias del SNS, etc.).

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia del SES

Evaluación: Cumplimentación o no de los indicadores anuales o bianuales

44.2. Diseño, implantación y desarrollo, en el marco del SNS, de un Sistema de Información de Atención Primaria, según unos indicadores consensuados en el marco del CISNS.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia del SES

Evaluación: Cumplimentación de las fases de diseño, implantación y desarrollo

44.3. Implantación y desarrollo del proyecto “REVISA”, sistema de información sanitaria dirigido específicamente a la vigilancia de la salud, conforme a la exigencia y requerimiento del SNS y de las autoridades sanitarias internacionales, según protocolos consensuados en el marco del CISNS.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Implantación y desarrollo del proyecto “REVISA”

44.4. Diseño, implantación y desarrollo de un subsistema de información sobre registro de vacunas que permita conocer el estado vacunal de la población de forma individual y colectiva, según los protocolos consensuados en el marco del CISNS.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las áreas de salud del SES

Evaluación: Implantación y desarrollo del subsistema de registro de vacunas

44.5. Mantenimiento y gestión de los Registros Sanitarios relacionados con: Tumores, Enfermos Renales, Enfermedades Raras; IVE; Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios; Oficinas de Farmacia; Fabricantes de Productos Sanitarios; etc.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia del SES
Gerencia de las áreas de salud del SES

Evaluación: N° de Registros sanitarios de ámbito regional sanitarios implantados en Extremadura con informe de resultados y/o memoria de funcionamiento

44.6. Mantenimiento y gestión de los sistemas de información en el ámbito de la Salud Pública y Administración Sanitaria responsables de: a) explorar características de la población; b) medir los niveles de salud y/o los resultados de las intervenciones en salud; c) realizar estudios medio ambientales y de higiene alimentaria; y d) llevar a cabo otros estudios del sistema sanitario.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia del SES

Evaluación: N° de Sistemas sanitarios de ámbito regional sanitarios implantados en la CAE, en cada uno de los apartados enunciados con informe de resultados y/o memoria de funcionamiento

44.7. Mantenimiento, gestión o implantación de los sistemas de información en el ámbito de la Administración Sanitaria que permita el control sanitario de centros y servicios sanitarios, oficinas de farmacia, distribución farmacéutica y centros fabricantes de productos sanitarios.

Responsable: Consejería de Sanidad y Dependencia

Evaluación: N° de Sistemas sanitarios de información específico implantados en Extremadura con informe de resultados y/o memoria de funcionamiento

44.8. Desarrollo del “Proyecto Orellana”, por el que se oferta la disponibilidad de un sistema de información geográfica.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia del SES

Evaluación: Cumplimiento de las fases del proyecto: Representación mapa sanitario, mapa de recursos, representaciones poblacionales básicas; SIG salud comunitaria; SIG indicadores asistenciales

CAPÍTULO

18. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

La gestión del conocimiento, concepto recientemente incorporado al ámbito de la gestión de las organizaciones, implica una amplia serie de acciones que parten de la identificación de las necesidades de conocimiento, intentando saber aquél que se tiene y el que no se tiene en un momento dado, con la finalidad de emprender las acciones oportunas para cerrar las lagunas de conocimiento detectadas, incorporando el conocimiento externo, si existe, o propiciando su generación a través de líneas de investigación propias, poniéndolo entonces a disposición de toda la organización y fomentando su aplicación en beneficio de la ciudadanía.

a) FORMACIÓN

La formación, en todas sus etapas (grado, postgrado, especializada y continuada, así como la formación profesional), es uno de los pilares básicos para lograr que los trabajadores de cualquier sistema sanitario puedan responder a las necesidades actuales y futuras en el campo de la salud, la gestión y la organización de los servicios sanitarios.

La formación de los profesionales es responsabilidad de los poderes públicos, que deben, además, velar por la adecuación, calidad, accesibilidad y reconocimiento de la misma. Asimismo, la formación, considerada como una herramienta para alcanzar y mantener la competencia profesional, es un derecho y un deber del profesional, que le permite la actualización de sus conocimientos y la incorporación de los avances que se han generado en las distintas disciplinas en el campo de las Ciencias de la Salud. La adquisición de nuevas competencias, habilidades y actitudes por parte de todos los profesionales del SSPE, constituye un elemento esencial para asegurar la calidad en el cuidado y atención que se presta a la población extremeña, contribuyendo a incrementar la motivación y satisfacción del capital humano que representa la base de nuestro Sistema Sanitario.

En los años de vigencia del *Plan de Salud de Extremadura 2005-2008*, se ha observado un incremento progresivo de las actividades formativas organizadas por la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud y los Coordinadores de Formación de las ocho Gerencias de Área de Salud del SES, habiéndose contabilizado, en dicho periodo, un total de 1052 actividades formativas con la asistencia de más de 21.000 alumnos.

En cuanto a la enseñanza universitaria en Ciencias de la Salud, el número de alumnos que ingresan cada año en los centros de la Universidad de Extremadura, o adscritos a ella, para estas titulaciones, se ha incrementado en 25 plazas la oferta de los estu-

V CAPÍTULO

dios de grado de Medicina y Cirugía, manteniéndose estables las demás titulaciones. En todas estas enseñanzas, tanto en la formación de grado como de postgrado, debe llevarse a cabo una evaluación de la oferta de las titulaciones sanitarias, así como una revisión de los planes de estudio de las mismas, teniendo en cuenta los problemas de salud reflejados en el presente Plan de Salud y las necesidades de recursos humanos en el ámbito de las Ciencias de la Salud.

Cabe reseñar la aparición de diversos estudios de postgrado en el ámbito de las Ciencias de la Salud, fruto de diversos acuerdos entre la Consejería de Sanidad y Dependencia y la Universidad de Extremadura.

Respecto a la formación especializada en Ciencias de la Salud, se acreditaron en Extremadura un total de 160 plazas para el año académico 2008-2009, lo que supone un incremento de 20 plazas con respecto a las acreditadas en el año académico 2004-2005.

En cuanto a la formación continuada, siguen vigentes las grandes líneas estratégicas enunciadas en el anterior Plan de Salud, tendentes a promover y regular la formación continuada de los profesionales que desarrollan su actividad en el campo de la salud, y a mejorar el nivel de conocimientos, habilidades y actitudes que permitan a los profesionales sanitarios el eficaz abordaje de las actividades preventivas, de promoción de la salud y de eficiencia en la práctica clínica. Los planes de formación continuada del SSPE darán respuesta a las necesidades planteadas en las respectivas Áreas de intervención del *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*.

En relación con la detección de necesidades de formación, es de vital importancia contar con un sistema que permita conocer cuales son las necesidades reales de los profesionales, tanto las sentidas por los propios profesionales y la organización sanitaria, como las no sentidas.

El porcentaje de actividades acreditadas por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Extremadura ha ido creciendo paulatinamente. Esto garantiza la calidad de determinados aspectos de esta formación.

También hay que destacar el desarrollo, por parte de la Consejería de Sanidad y Dependencia, de nuevas modalidades de fomento de la formación de los profesionales que han permitido que éstos realicen rotaciones y estancias en otros centros para adquirir las habilidades necesarias para la adquisición y mantenimiento de competencias y la implantación de nuevas acciones en los centros, establecimientos y servicios del SSPE.

CAPÍTULO V

b) INVESTIGACIÓN

La investigación científica es un elemento dinamizador básico del progreso social y económico de las comunidades que, en el ámbito de las Ciencias de la Salud, acompaña a la innovación de las actividades sanitarias.

La innovación científica en este campo, organizada adecuadamente, es una vía básica para la transferencia de nuevas ideas, métodos y técnicas a la actividad sanitaria asistencial. El progreso intelectual, la innovación y actualización permanentes son dos de las ventajas fundamentales de la actividad investigadora.

La producción científica y la investigación en Ciencias de la Salud viene siendo, desde hace varios años, la más prolífica, manteniéndose en torno a un 25% de toda la producción científica proveniente de Extremadura.

La promoción de la investigación en los servicios sanitarios y desde ellos debe constituir un objetivo fundamental del conjunto del SSPE, que redundará en un mejor conocimiento y un abordaje óptimo de los problemas y una mayor motivación y participación de los profesionales en la resolución de los mismos.

La mejora de la salud de la población depende del progreso del Sistema Sanitario y éste sólo puede darse en el contexto de la producción científica y el progreso tecnológico.

Dentro del marco de la política nacional de investigación sanitaria que determina la propia Ley General de Sanidad, Extremadura ha realizado un esfuerzo importante durante los últimos años. La Consejería de Sanidad y Dependencia ha consolidado estrategias tendentes a estimular investigaciones que mejoren la aplicación y expansión del conocimiento necesario para respaldar los programas sanitarios y las actuaciones que, en general, se realizan por el sistema sanitario.

Desde el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* se propugna avanzar en el aprovechamiento y coordinación de los recursos y fomentar las líneas de investigación priorizadas en función de los problemas de salud, y de aquellas necesidades que afecten a cada uno de los niveles de atención.

Además, la investigación en salud en Extremadura tendrá presente: las líneas prioritarias de la Unión Europea, plasmadas en el VII Programa Marco; el interés global del país, expresado a través de la Acción Estratégica en Salud del Plan Nacional de I+D+i 2008-2011, y otras líneas generales de investigación; y en el marco de la Comunidad

Autónoma de Extremadura las líneas que se priorizan en el Plan Regional de I+D+i y los problemas de salud que afectan de modo preferente a Extremadura; y el conjunto de actividades investigadoras que se encuentran en marcha en el momento actual.

CAPÍTULO

c) DOCUMENTACIÓN CIENTÍFICA

El SSPE cuenta actualmente con una Biblioteca Virtual en Ciencias de la Salud que garantiza el acceso a información científica de calidad, con un total de 12 libros electrónicos y 2.306 publicaciones periódicas en el año 2008, a parte de los fondos bibliográficos en papel que se encuentran en las distintas bibliotecas en Ciencias de la Salud de los hospitales y otros centros del SSPE y en la propia biblioteca de la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud de Extremadura.

Por otra parte, la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación presta apoyo documental a los profesionales que representan a Extremadura en los distintos foros de coordinación interinstitucional en el ámbito estatal (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud), con objeto de ayudar a tomar las decisiones más adecuadas en los momentos oportunos. Este servicio ha sido muy bien valorado en los cinco años que lleva en funcionamiento. Se ha creado una base de datos de miles de documentos electrónicos, disponibles para los profesionales que realizan estas funciones de coordinación institucional.

OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

OBJETIVO 45.- Durante el periodo de vigencia del Plan de Salud, todos los profesionales del Sistema Sanitario Público de Extremadura y demás trabajadores, tendrán la posibilidad de beneficiarse de actividades formativas que favorezcan su desarrollo profesional.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

45.1. Elaboración periódica de un Plan Regional de Formación Continuada en Ciencias de la Salud, que aborde fundamentalmente las áreas de intervención priorizadas y problemas de salud contenidos en el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*.

Responsables: Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud
Dirección Gerencia del SES

Evaluación: Existencia del Plan Regional de Formación Continuada en Ciencias de la Salud
Nº de actividades formativas
Nº de profesionales beneficiarios

CAPÍTULO V

45.2. Desarrollo y promoción de actividades formativas dirigidas a todos los profesionales del SSPE.

Responsables: Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud
Coordinadores de Formación en las Gerencias de Área del SES

Evaluación: N° de actividades formativas a profesionales del SSPE
N° de actividades formativas para el resto de personal del SES
N° de horas impartidas
N° de trabajadores beneficiados

45.3. Formación continua a profesionales de otros sectores distintos del de la salud, en la medida en que sus actividades puedan influir en el establecimiento de la estrategias en salud o líneas de actuación contempladas en el Plan de Salud.

Responsables: Escuela de Administración Pública de Extremadura
FUNDESALUD
Consejería de Educación
Consejería de Economía, Comercio e Innovación
Consejería de los Jóvenes y del Deporte
Consejería de Igualdad y Empleo

Evaluación: N° de actividades formativas
N° de profesionales beneficiarios

45.4. Establecimiento de acuerdos o convenios de colaboración para el desarrollo y fomento de actividades coordinadas de formación continuada entre la Junta de Extremadura y otras instituciones u organismos públicos o privados vinculados a la formación.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia SES

Evaluación: N° de acuerdos o convenios de colaboración para el desarrollo y fomento de actividades coordinadas de formación continuada
N° de actividades de formación continuada organizadas/ejecutadas bajo convenio

45.5. Establecimiento de acuerdos o convenios con centros universitarios para la formación de grado y postgrado.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia SES

Evaluación: N° de acuerdos o convenios con centros universitarios para la formación en grado y postgrado

45.6. Estudio e identificación de necesidades de formación continuada entre los profesionales del SSPE.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
Dirección Gerencia del SES
Gerencias de las área de salud del SES

Evaluación: Existencia de estudios de necesidades en profesionales del SSPE

45.7. Acreditación de las diferentes actividades de formación continuada realizadas en Extremadura, tanto para profesionales sanitarios como no sanitarios, que reúnan los requisitos exigidos en el Sistema Nacional de Salud.

Responsable: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD

Evaluación: N° de actividades de formación continuada acreditadas en la CAE anualmente

45.8. Adaptación del sistema docente especializado, acorde con la legislación vigente.

Responsable: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD

Evaluación: Ejecución o no de un plan de reestructuración del sistema de formación especializado en Ciencias de la Salud en Extremadura

45.9. Elaboración de un Programa Común Complementario para todos los residentes de todas las especialidades.

Responsable: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD

Evaluación: Presencia o no del Programa

N° de Unidades Docentes que llevan a cabo el Programa

N° de actividades realizadas

OBJETIVO 46.- Durante el periodo de vigencia del Plan de Salud, las instituciones sanitarias de la Comunidad Autónoma tendrán definidas políticas de fomento de la investigación, orientadas a los problemas y necesidades de salud que afecten a todos los niveles de atención del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

46.1. Profundización en el análisis de situación del sistema de I+D+i en Ciencias de la Salud en Extremadura, teniendo en cuenta los problemas y necesidades de salud priorizados en el presente Plan de Salud.

Responsables: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
Dirección General de Universidad y Tecnología. Consejería de Economía, Comercio e Innovación
Universidad de Extremadura
Dirección Gerencia del SES

Evaluación: Existencia de análisis de situación del sistema de I+D+i en Ciencias de la Salud en Extremadura

46.2. Actuaciones dirigidas a profundizar en el conocimiento de los problemas de salud priorizados en el Plan de Salud de Extremadura, así como del funcionamiento de los recursos del SSPE.

CAPÍTULO V

Responsables: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
Dirección General de Salud Pública del SES
FUNDESALUD

Evaluación: N° y actuaciones realizadas, dirigidas a profundizar en el conocimiento de los problemas de salud y del funcionamiento de los recursos del SSPE

- 46.3.** Creación y consolidación de las estructuras de apoyo a la investigación necesarias en Ciencias de la Salud, incluida la convocatoria anual de becas para la investigación en áreas de interés sanitario para la Comunidad Autónoma y el desarrollo de programas y estructuras dirigidos a la promoción de la investigación en todos los niveles de atención del SSPE .

Responsables: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD
Dirección Gerencia del SES
FUNDESALUD

Evaluación: N° de estructuras de apoyo a la investigación en Ciencias de la Salud creadas/consolidadas anualmente

N° de becas para la investigación en el campo de las Ciencias de la Salud convocadas en las áreas de interés sanitario de la CAE

N° de programas creados/elaborados para fomentar la investigación en los distintos niveles de atención del SSPE

- 46.4.** Apoyo a la investigación en las áreas de interés sanitario desde la EECS y FUNDESALUD, especialmente a través de: gestión de la investigación; coordinación de la actividad investigadora; facilitación de creación de redes de investigación de profesionales; promoción del acceso de los investigadores a la información y documentación científica, así como a los fondos bibliográficos necesarios para desarrollar, gestionar y evaluar la actividad investigadora en Ciencias de la Salud en Extremadura.

Responsables: Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud de la CSD
FUNDESALUD

Evaluación: N° de actividades relacionadas con la facilitación de creación de redes de profesionales, promoción del acceso de los investigadores a la información, documentación y fondos bibliográficos necesarios para el desarrollo de proyectos de investigación, y evaluación de la actividad investigadora

N° de actividades realizadas de coordinación de la actividad investigadora

- 46.5.** Creación del Consejo Asesor para la Investigación en Ciencias de la Salud de Extremadura.

Responsable: Consejería de Sanidad y Dependencia

Evaluación: Existencia del Consejo Asesor para la Investigación en Ciencias de la Salud

46.6. Difusión de la actividad investigadora realizada en Ciencias de la Salud en Extremadura.

Responsables: Consejería de Sanidad y Dependencia
FUNDESALUD

Evaluación: Identificación de los medios por los que se difunde la actividad investigadora en Extremadura
Publicaciones y actividades realizadas para la difusión de la actividad investigadora en Extremadura

OBJETIVO 47.- Durante la vigencia del Plan de Salud, todos los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura tendrán la posibilidad de acceder a información científica actualizada y de calidad en Ciencias de la Salud.

LÍNEAS DE ACTUACIÓN

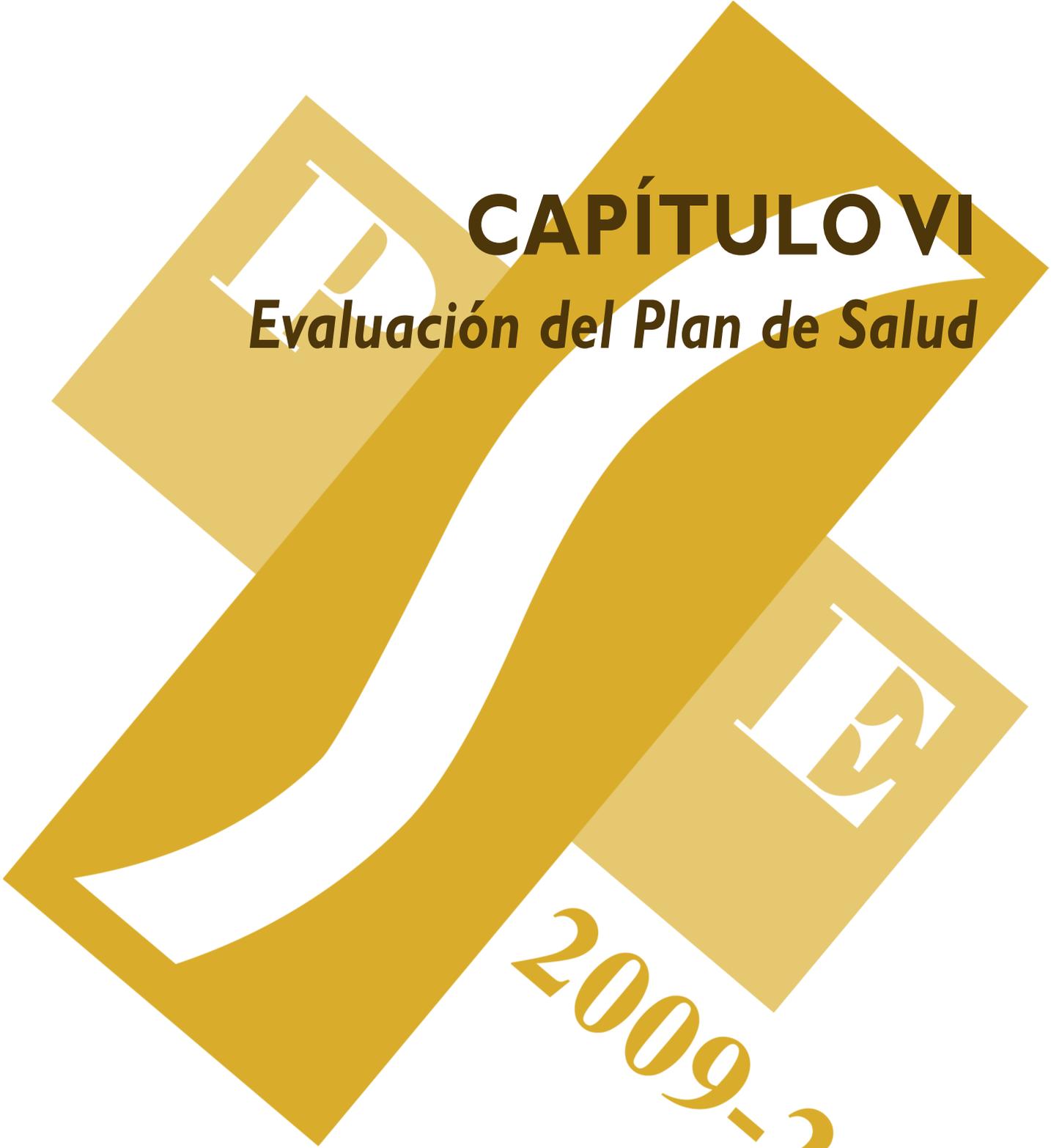
47.1. Consolidar el acceso en línea y en tiempo real a la documentación científica relevante, desarrollando un marco operativo que defina todos los aspectos de la “Biblioteca Virtual en Ciencias de la Salud”.

Responsables: Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud de la CSD
Consejería de Sanidad y Dependencia
Red de Bibliotecas del SSPE

Evaluación: Disponibilidad de acceso en línea para todos los profesionales del SSPE
Nº de accesos a las bases de datos contratadas
Nº de documentos descargados

47.2. Fomento del apoyo documental a los representantes de Extremadura en los distintos foros de coordinación interinstitucional, a nivel estatal.

Responsable: Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD
Evaluación: Nº de documentos ofrecidos a los representantes extremeños, anualmente
Nº de solicitudes realizadas anualmente



CAPÍTULO VI
Evaluación del Plan de Salud

2009-2012

El *Plan de Salud de Extremadura 2005-2008* contempla los métodos y unidades de medida para monitorizar el grado de ejecución de sus objetivos y líneas de actuación, al objeto de evaluar su impacto sobre la salud de la población y de introducir medidas correctoras en aquellos casos en los que las acciones no se acompañen de los resultados esperados.

La Consejería de Sanidad y Dependencia es la responsable de efectuar, de forma coordinada con las unidades administrativas responsables, el seguimiento del cumplimiento del Plan de Salud y la organización de un banco de datos sobre la evolución del mismo.

El seguimiento permite la revisión de los objetivos y el replanteamiento de estrategias. Permite, en suma, la verificación y actualización de los contenidos del Plan, siendo esencial en un proceso de planificación dinámica.

Además del establecimiento de la evaluación de los objetivos y las líneas de actuación, se ha previsto que la Oficina del Plan de Salud favorezca la información interdepartamental sobre aspectos relacionados con el seguimiento, control y supervisión de las líneas de actuación, objetivos y estrategias previstas. Para ello, definirá los procedimientos de captura y procesamiento de la información necesarios para dar respuesta a las exigencias de información de los ítem recogidos en las diferentes áreas de intervención.

Finalizado su periodo de vigencia, se elaborará una Memoria final de evaluación del *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, donde se incluirán los resultados sobre el logro de objetivos y los principales avances.

Este modelo de seguimiento y evaluación permitirá analizar el impacto obtenido por las diferentes medidas y actuaciones incluidas en el Plan de Salud de Extremadura, así como disponer de información relevante que permita implantar mejoras en el futuro.

I. SEGUIMIENTO DESDE LA OFICINA DEL PLAN DE SALUD

El seguimiento de los objetivos y líneas de actuación del Plan de Salud representa un proceso necesario para medir el grado en que se están alcanzando los objetivos establecidos y el nivel de desarrollo de las actividades planteadas. En este proceso, se trata de proveer información relevante para modificar o cambiar el curso de la implementación o mejorar oportunamente su diseño, con la formulación de nuevas acciones o reformulación de aquellas que no estén cumpliendo sus objetivos.

CAPÍTULO 4

La Oficina del Plan de Salud, perteneciente a la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la Consejería de Sanidad y Dependencia, llevará a cabo el seguimiento de la puesta en marcha y el grado de desarrollo de las actuaciones previstas, sobre la base de los indicadores establecidos y de aquellos otros que pudieran determinarse en aras de dar una respuesta adecuada a las necesidades del momento.

Anualmente, la Oficina del Plan de Salud elaborará un informe de seguimiento, que incluya las actuaciones realizadas por la propia Oficina, el grado de ejecución de las líneas de actuación y objetivos, las desviaciones de calendario, los mecanismos de retroalimentación establecidos y las recomendaciones que se pudieran establecer por la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

Dicho informe se elevará al Consejo de Dirección de la Consejería de Sanidad y Dependencia.

El proceso de seguimiento permitirá, junto al establecimiento de los mecanismos correctores oportunos, disponer de un *feedback* fundamental para lograr la implicación de todos los sectores que intervienen en la ejecución del Plan de Salud.

2. EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS

En el presente Capítulo, se han propuesto indicadores para cada una de los objetivos estratégicos del Plan de Salud de Extremadura, con el propósito de conocer y describir los resultados obtenidos, y cuyos valores *estándar* aparecen en la evaluación de las líneas de actuación de cada objetivo. La evaluación trata de medir y mejorar los logros alcanzados, mediante la obtención de información relevante.

El estudio de estos indicadores permitirá, no solo saber objetivamente el grado de éxito alcanzado, sino relacionar los avances alcanzados con todas las acciones puestas en marcha.

La Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación realizará una evaluación a mitad del periodo de vigencia del Plan y otra, una vez concluido su periodo de vigencia. Para esta actividad, se tendrán en cuenta los criterios de evaluación e indicadores de proceso y resultado para la consecución de los objetivos, las fuentes de información, registros y sistemas de información existentes en el SSPE y en las instituciones vinculadas al mantenimiento y mejora de la salud.

Seguidamente, se expresan los responsables e indicadores a evaluar para cada uno de los objetivos enunciados en el Plan de Salud.

OBJETIVOS / RESPONSABLES

OBJETIVO 1.- Desarrollar y dar continuidad al Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares 2007-2011 (PIEC), con el objetivo general de reducir la incidencia y la morbilidad asociada a estas patologías en Extremadura.
(Dirección Gerencia del SES)

OBJETIVO 2.- Desarrollar y dar continuidad al Plan Integral contra el Cáncer en Extremadura 2007-2011 (PICA), con el objetivo de reducir la incidencia y morbilidad atribuible al cáncer en Extremadura y mejorar la calidad de vida de los pacientes, su familia y/o cuidadores.
(Dirección Gerencia del SES)

OBJETIVO 3.- Desarrollar el Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012 (PISM)
(Dirección Gerencia del SES)

OBJETIVO 4.- Desarrollar el Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas 2008-2012 (PIDCA).
(Dirección Gerencia del SES)

EVALUACIÓN

- Resultados de la evaluación final del PIEC
 - Elaboración de una nueva versión del PIEC tras la finalización de su periodo de vigencia
 - Evolución de las tasas de incidencia por enfermedades cardiovasculares
 - Evolución de las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares
-
- Resultados de la evaluación final del PICA
 - Elaboración de una nueva versión del PICA tras la finalización de su periodo de vigencia
 - Evolución de las tasas de incidencia por cáncer
 - Evolución de las tasas de mortalidad por cáncer
 - Existencia de medidas que faciliten la atención psicológica y social así como la reinserción laboral y social de pacientes con cáncer
 - Existencia del observatorio regional de cuidados paliativos
-
- Existencia del Consejo Regional de Salud Mental
 - Resultados de los informes de seguimiento y evaluación del PISM
-
- Resultados del informe de cumplimiento del PIDCA

CAPÍTULO 4

OBJETIVOS / RESPONSABLES

EVALUACIÓN

OBJETIVO 5.- Al finalizar el periodo de vigencia del Plan de Salud, se habrán puesto en marcha en Extremadura iniciativas específicas encaminadas a reducir tanto la incidencia de casos como la mortalidad por accidentes y violencias.

(Junta de Extremadura)

- Iniciativas puestas en marcha para la reducción de casos por accidentes y violencias
- Tiempo medio de activación de los recursos de emergencia sanitaria

OBJETIVO 6.- Reducir la incidencia del maltrato infantil con respecto a la media del período 2003-2007, mediante el incremento de su prevención, detección precoz y notificación de casos, durante el período de vigencia del Plan de Salud.

(Consejería de Igualdad y Empleo)

- Evolución del número de menores víctimas de maltrato atendidos en los ámbitos social y sanitario

OBJETIVO 7.- Reducir la incidencia de violencia escolar o Bullying en Extremadura, mediante el incremento de la detección precoz y la declaración de los casos, durante el período de vigencia del Plan de Salud.

(Consejería de Educación)

- Resultados del seguimiento y evaluación del Plan Regional de la Convivencia Escolar
- Existencia del Registro de Casos de Violencia Escolar
- Evolución del número de casos registrados de violencia escolar en los centros de Extremadura

OBJETIVO 8.- Reducir la incidencia de la violencia de género en Extremadura mediante el incremento de la detección precoz de situaciones de riesgo, durante el período de vigencia del Plan de Salud.

(Consejería de Igualdad y Empleo)

- Evolución del número de mujeres víctimas de violencia de género detectadas en el ámbito sanitario

OBJETIVOS / RESPONSABLES

OBJETIVO 9.- Reducir la incidencia de maltrato a personas mayores en Extremadura, mediante el incremento de la detección precoz y la declaración de los casos de maltrato a personas mayores. (Dirección Gerencia del SEPAD)

OBJETIVO 10.- A lo largo del periodo de vigencia del Plan de Salud, se habrán reducido de manera progresiva las tasas de mortalidad y morbilidad por accidentes de tráfico en Extremadura, alcanzándose al final del periodo una reducción, tanto en el número de accidentes de tráfico con víctimas, como en el número de muertos con respecto a las cifras del año 2007. (Delegación del Gobierno. Junta Extremadura)

OBJETIVO 11.- Reducir, durante el periodo de vigencia del Plan de Salud, los accidentes en el ámbito del hogar y en zonas de recreo y de tiempo libre en grupos de población relevantes (infancia, vejez y colectivo femenino) en al menos un 10% con respecto a los ocurridos durante el año 2004. (Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD)

EVALUACIÓN

- Creación del Registro de personas mayores en situación de soledad
- Número de personas mayores y dependientes dotadas con teleasistencia
- Evolución del número de personas mayores maltratadas detectadas en el ámbito sanitario
- Grado de cobertura del Servicio 734 de la Cartera de Servicios del SES
- Evolución de las tasas de mortalidad y morbilidad por accidentes de tráfico
- Creación del Registro de accidentes domésticos y de ocio
- Evolución del número de accidentes domésticos y de ocio

CAPÍTULO 4

OBJETIVOS / RESPONSABLES

EVALUACIÓN

OBJETIVO 12.- Antes de 2011, se llevará a cabo la elaboración y puesta en funcionamiento del Plan Integral de la EPOC en Extremadura.

(Dirección General de Salud Pública del SES. Dirección Gerencia del SES)

- Elaboración del Plan Integral de la EPOC en Extremadura
- Puesta en funcionamiento del Plan Integral de la EPOC en Extremadura

OBJETIVO 13.- Reducir el impacto de las enfermedades respiratorias crónicas, impulsando la prevención primaria, el diagnóstico precoz y el tratamiento de las mismas, adecuando los recursos del sistema sanitario con criterios de equidad y accesibilidad, y promoviendo la continuidad asistencial, durante el período 2009-2012.

(Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES)

- Actividades realizadas para la reducción del impacto de las enfermedades respiratorias crónicas

OBJETIVO 14.- Al finalizar el 2012, se habrá implantado y desarrollado el Plan Integral de Diabetes 2007-2012 de Extremadura (PIDIA).

(Dirección Gerencia del SES)

- Grado de implantación del PIDIA
- Resultados del informe de evaluación del PIDIA

OBJETIVO 15.- Al finalizar el 2012, se habrán desarrollado medidas encaminadas al adecuado abordaje preventivo y terapéutico de la obesidad en Extremadura.

(Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD. Dirección Gerencia del SES)

- Actividades realizadas para el abordaje de la obesidad en Extremadura

OBJETIVOS / RESPONSABLES**EVALUACIÓN**

OBJETIVO 16.- Al finalizar el 2012, habrán disminuido los problemas relacionados con la deficiencia de yodo mediante la ingesta adecuada de yodo.

(Dirección General de Salud Pública del SES.)

OBJETIVO 17.- Al finalizar el 2012, estarán operativos programas de cribado de malnutrición hospitalaria en todos los hospitales del Servicio Extremeño de Salud.

(Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES)

OBJETIVO 18.- Fomentar el control de las enfermedades infecciosas en Extremadura, a través de todas las medidas disponibles y especialmente con acciones en vacunaciones, en infección por VIH-sida, tuberculosis, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual.

(Dirección General de Salud Pública del SES. Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES)

- Actividades realizadas para el fomento del consumo de sal yodada
- Evolución de la cobertura del Servicio 302-6 (Profilaxis del hipotiroidismo congénito) de la Cartera de Servicios del SES
- Hospitales del SES con programa de cribado de malnutrición hospitalaria operativo
- Evolución del grado de cobertura del calendario de vacunaciones sistemáticas infantiles de la Comunidad Autónoma de Extremadura
- Evolución del grado de cobertura del calendario de vacunaciones sistemáticas del adulto
- Existencia del Programa de Prevención y Control de la Infección por VIH/sida en Extremadura
- Resultados de la evaluación del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en Extremadura
- Número de brotes de hepatitis A
- Existencia del registro de hepatitis C en el sistema EDO
- Existencia del Programa de Prevención, Diagnóstico y Control de las ITS

CAPÍTULO 4

OBJETIVOS / RESPONSABLES

EVALUACIÓN

OBJETIVO 19.- En 2009, se llevará a cabo la elaboración y puesta en funcionamiento del Plan Integral de Enfermedades Raras en Extremadura (PIER).

(Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD. Dirección Gerencia del SES)

- Elaboración del PIER
- Puesta en funcionamiento del PIER

OBJETIVO 20.- Mejorar para el año 2012 las tasas de incidencia actuales de las zoonosis sometidas a declaración a los sistemas de vigilancia epidemiológica del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

(Dirección General de Salud Pública del SES)

- Evolución de las tasas de incidencia de las zoonosis sometidas a declaración a los sistemas de vigilancia epidemiológica del SSPE.

OBJETIVO 21.- Mejorar, durante el período de vigencia del Plan de Salud, la vigilancia epidemiológica y el conocimiento del estado real de la prevalencia de las zoonosis.

(Dirección General de Salud Pública del SES)

- Existencia del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y del Subsistema de información sanitaria de zoonosis
- Actividades realizadas para el conocimiento de la prevalencia de las zoonosis

OBJETIVO 22.- Incrementar, durante el periodo de vigencia del Plan de Salud, la información y educación para la salud sobre las zoonosis.

(Dirección General de Salud Pública del SES)

- Actividades realizadas para el incremento del conocimiento de las zoonosis

OBJETIVOS / RESPONSABLES**EVALUACIÓN**

OBJETIVO 23.- Potenciar la formación e investigación en materia de zoonosis.

(Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD)

- Actividades realizadas para el fomento de la formación e investigación en zoonosis

OBJETIVO 24.- Implementar y facilitar todas aquellas acciones encaminadas a la consecución de los objetivos y estrategias contempladas en el Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura 2007-2012 (PMEpS).

(Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD. Dirección General de Salud Pública del SES)

- Actividades realizadas para la consecución de los objetivos y estrategias del PMEpS

OBJETIVO 25.- Crear la Agencia Extremeña de Seguridad Alimentaria, antes de 2011.

(Junta de Extremadura)

- Existencia de la Agencia Extremeña de Seguridad Alimentaria

OBJETIVO 26.- Revisar e impulsar la ejecución del Plan Marco de Seguridad Alimentaria (PLAMSA) de Extremadura, durante el período de vigencia del Plan de Salud.

(Dirección General de Salud Pública del SES)

- Actualización del PLAMSA
- Actividades realizadas para el desarrollo del PLAMSA

OBJETIVO 27.- Elaborar e implantar el Plan Marco de Salud Medioambiental (PMSM), durante el periodo de vigencia del Plan de Salud.

(Dirección General de Salud Pública del SES)

- Elaboración del PMSM
- Puesta en funcionamiento del PMSM

CAPÍTULO IV

OBJETIVOS / RESPONSABLES

EVALUACIÓN

OBJETIVO 28.- Crear y constituir, antes de 2010, la Comisión de Salud Medioambiental de Extremadura, como órgano responsable de la coordinación entre las administraciones local, autonómica y estatal, y del asesoramiento en materia de protección de la Salud Medioambiental. (Dirección General de Salud Pública del SES)

- Existencia de la Comisión de Salud Medioambiental de Extremadura

OBJETIVO 29.- Durante el periodo de vigencia del Plan de Salud de Extremadura 2009-2012, se fomentará el desarrollo del Programa de Salud Infantil y del Adolescente. (Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Dirección General de Salud Pública del SES)

- Resultados de la evaluación del Programa de Salud Infantil y del Adolescente
- Evolución del grado de cobertura del Servicio de atención a la salud infantil y del adolescente contemplado en la cartera de servicios del SES

OBJETIVO 30.- Para el año 2010, se habrá elaborado e implantado un Programa de Salud de la Mujer integrado en la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Extremadura. (Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES)

- Elaboración del Programa de Salud de la Mujer
- Puesta en marcha del Programa de Salud de la Mujer

OBJETIVO 31.- Para el año 2010, se habrá elaborado e implantado un Programa de Salud del Adulto integrado en la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Extremadura. (Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES)

- Elaboración del Programa de Salud del Adulto
- Puesta en marcha del Programa de Salud del Adulto

OBJETIVOS / RESPONSABLES

OBJETIVO 32.- Para el año 2010, se habrá elaborado e implantado el Programa de Salud de los Mayores integrado en la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

(Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES)

OBJETIVO 33.- Durante el período de vigencia del Plan, se facilitará la consecución de los objetivos contemplados en el Plan Integral de Salud Laboral de Extremadura (PLISALAB) y en el V Plan de Actuación en Prevención de Riesgos Laborales de Extremadura (V PARRL), implementando las actuaciones y favoreciendo la coordinación y cooperación en el desarrollo de aquellas actividades.

(Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD)

OBJETIVO 34- Orientar el Sistema Sanitario Público de Extremadura a la mejora de la salud, la equidad, la accesibilidad y la eficiencia, durante el periodo de vigencia del Plan de Salud.

(Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección Gerencia del SES)

EVALUACIÓN

- Elaboración del Programa de Salud de los Mayores
- Puesta en marcha del Programa de Salud de los Mayores

- Resultados de la evaluación y cumplimiento de los objetivos comunes al PLISALAB y al V PARRL
- Resultados del informe anual de seguimiento del PLISALAB

- Iniciativas legislativas, políticas y reguladoras llevadas a cabo para la mejora de la salud, del SSPE
- Iniciativas legislativas, políticas y reguladoras llevadas a cabo para la mejora de la equidad del SSPE
- Iniciativas legislativas, políticas y reguladoras llevadas a cabo para la mejora de la accesibilidad del SSPE
- Iniciativas legislativas, políticas y reguladoras para la mejora de la eficiencia del SSPE

CAPÍTULO 4

OBJETIVOS / RESPONSABLES

EVALUACIÓN

OBJETIVO 35.- Detectar las desigualdades sociales en el ámbito de la salud, e implementar medidas correctoras, durante el período de vigencia del Plan de Salud. (Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección Gerencia del SES)

- Resultados del estudio de las situaciones de desigualdad social efectiva en salud en las áreas de salud del Sistema Sanitario y en su conjunto
- Actividades realizadas para la corrección de desigualdades sociales en salud

OBJETIVO 36.- Orientar la actuación del Sistema Sanitario Público de Extremadura hacia una atención integral, continua e integrada en el marco organizativo del Área de Salud, durante el periodo de vigencia del Plan de Salud. (Dirección Gerencia del SES. Gerencias de Área de Salud)

- Iniciativas llevadas a cabo para la atención integral, continua e integrada en el marco organizativo del área de salud

OBJETIVO 37.- Desarrollar las estrategias enunciadas en el Plan Marco de Calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura, durante el periodo de vigencia del Plan de Salud. (Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD)

- Resultados del seguimiento anual de los objetivos del Plan Marco de Calidad del SSPE
- Resultados de la Memoria final de evaluación del Plan Marco de Calidad del SSPE

OBJETIVO 38.- Desarrollar las estrategias enunciadas en el Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2007-2013 (PHAS), durante el periodo de vigencia del Plan de Salud. (Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección Gerencia del SES)

- Resultados del seguimiento de la puesta en marcha y el grado de desarrollo de las actuaciones previstas en el PHAS

OBJETIVOS / RESPONSABLES**EVALUACIÓN**

CAPÍTULO

OBJETIVO 39.- Consolidar el Sistema de Urgencias y Emergencias Sanitarias de Extremadura, durante el periodo de vigencia del Plan de Salud.

(Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES)

- Actividades realizadas para la consolidación del Sistema de Urgencias y Emergencias Sanitarias de Extremadura

OBJETIVO 40.- Durante el periodo de vigencia del Plan de Salud, se desarrollarán las estrategias enunciadas en el Plan Marco de Atención Sociosanitaria y la atención a la dependencia desde el Sistema Sanitario Público de Extremadura.

(Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Dirección Gerencia del SEPAD)

- Implantación del Plan Director de Atención Sociosanitaria en todas las áreas de salud del SES y Gerencias Territoriales del SEPAD

OBJETIVO 41.- Impulsar el desarrollo de estrategias para el uso racional del medicamento y de los recursos sanitarios, durante el periodo de vigencia del Plan de Salud.

(Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES)

- Actividades realizadas para el desarrollo de estrategias para el uso racional del medicamento
- Actividades realizadas para el desarrollo de estrategias para el uso racional de los recursos sanitarios

OBJETIVO 42.- Durante el periodo de vigencia del Plan de Salud, se impulsará la participación comunitaria en salud.

(Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación de la CSD. Dirección Gerencia del SES)

- Actividades realizadas para el impulso de la participación comunitaria en salud

M

CAPÍTULO

OBJETIVOS / RESPONSABLES

OBJETIVO 43: Impulsar el desarrollo del Sistema de Información Sanitaria de Extremadura, de forma que sea capaz de integrar, generar, adquirir y transmitir cualquier información sanitaria, garantizando el nivel de eficacia, seguridad, fiabilidad, confidencialidad y autenticación que en cada caso requiera, durante el periodo de vigencia del presente Plan de Salud.

(Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD.
Dirección Gerencia del SES)

OBJETIVO 44: Durante el periodo de vigencia del Plan de Salud, el Sistema Sanitario Público de Extremadura se dotará, en el marco de su Sistema de Información Sanitaria, de un cuadro de mando capaz de integrar todos los subsistemas de información, registros, etc., que puedan permitir analizar la información para la toma de decisiones, tanto en la gestión como en la planificación sanitaria, y la integración en los sistemas y subsistemas de información sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

(Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD)

EVALUACIÓN

- Actividades realizadas para el desarrollo del Sistema de Información Sanitaria de Extremadura
- Disponibilidad del cuadro de mandos del Sistema de Información del SSPE, adaptado a los diferentes niveles directivos

OBJETIVOS / RESPONSABLES

EVALUACIÓN

OBJETIVO 45.- Durante el periodo de vigencia del Plan de Salud, todos los profesionales del Sistema Sanitario Público de Extremadura y demás trabajadores, tendrán la posibilidad de beneficiarse de actividades formativas que favorezcan su desarrollo profesional.

(Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD)

- Existencia del Plan Regional de Formación Continuada en Ciencias de la Salud

OBJETIVO 46.- Durante el periodo de vigencia del Plan de Salud, las instituciones sanitarias de la Comunidad Autónoma, tendrán definidas políticas de investigación orientadas a problemas que afecten a todos los niveles de atención del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

(Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD)

- Iniciativas llevadas a cabo para la definición de la política de investigación sanitaria del SSPE

OBJETIVO 47.- Durante el periodo de vigencia del Plan de Salud, todos los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura tendrán la posibilidad de acceder a información científica, actualizada y de calidad, para el desarrollo de sus actividades asistenciales, docentes e investigadoras y de coordinación interinstitucional, en su caso.

(Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad de la CSD.
Dirección Gerencia del SES)

- Operatividad de la “Biblioteca Virtual en Ciencias de la Salud” ·
- Porcentaje de profesionales del SSPE con acceso a “Biblioteca Virtual en Ciencias de la Salud”.

CAPÍTULO 4

3. EVALUACIÓN DE LAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN

El Plan de Salud contempla un conjunto de indicadores (cuantitativos y cualitativos) para evaluar cada una de las líneas de actuación priorizadas, con el fin de conocer las acciones que han sido llevadas a cabo y los resultados obtenidos.

Para realizar dicha evaluación, se recogerán las intervenciones realizadas (programas, estrategias, actuaciones, etc.) y los resultados en salud, en su caso, tanto por la Consejería de Sanidad y Dependencia como por otras Consejerías de la Junta de Extremadura, instituciones, ayuntamientos, organizaciones no gubernamentales o empresas privadas, que se estime contribuyen a desarrollar la línea de actuación enunciada.

Como mínimo, se medirán los ítem enunciados en el Plan de Salud, valorando el nivel alcanzado a un periodo de tiempo concreto y respecto a cada estándar definido.

El periodo analizado comprenderá el tiempo de vigencia del Plan de Salud, realizándose informes de seguimiento en el primer y tercer años de dicho periodo de vigencia, e informes de evaluación, a mitad y al final del periodo de vigencia, respectivamente.

La información será obtenida de los diferentes informes y memorias existentes y mediante entrevistas y cuestionarios a los responsables de las líneas de actuación, con el propósito de conocer y describir la implantación, desarrollo de las actuaciones y los resultados obtenidos.



CAPÍTULO VII

Financiación

2009-2012

El *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, tras considerar detenidamente el análisis de la situación de salud en la CAE, prioriza un total de 47 objetivos, contemplando para cada uno de ellos una o varias líneas de actuación, con las que hacer frente a los problemas o necesidades de salud detectados.

Entre ellos hay objetivos y líneas de actuación que afectan exclusivamente al SSPE. Sin embargo otros, por su carácter integral e intersectorial, conllevan la implicación de diferentes organismos e instituciones, tanto del sector salud como de otros sectores ajenos a éste (educación, igualdad, economía, infancia, mujer, etc.), pero cuya intervención incide sobre la salud de la población, tanto individual como colectiva.

Sobrepasa el objetivo de este capítulo reseñar de forma pormenorizada las fuentes de financiación por anualidades, la distribución del gasto de cada una de las actividades planteadas, o el coste estimado para conseguir cada uno de los objetivos; ello no ha sido óbice para que en todas las actuaciones propuestas haya sido considerada su viabilidad económica, dentro de la previsión de evolución económica estimada por la autoridad económica de la CAE.

Además de contemplar la financiación del Plan de Salud, en la partida correspondiente a la CSD de los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma durante los ejercicios presupuestarios de vigencia del mismo, también se precisa la implicación de distintos organismos para la consecución de los objetivos del Plan, lo que conlleva que los departamentos correspondientes deban contemplar las partidas presupuestarias con las que llevar a cabo las acciones previstas, sobre todo aquellas generadoras de gasto.

La financiación de los objetivos contemplados en el Plan de Salud, así como del propio Sistema Sanitario, conlleva un aumento de gasto en la CAE, pues se deben tener en cuenta factores como el envejecimiento de la población, la dispersión y la densidad poblacional, así como la cada vez mayor demanda de servicios por parte de los ciudadanos y la introducción de nuevas tecnologías. La consecución de una mayor accesibilidad y equidad del sistema también suponen un mayor gasto sanitario.

I. GASTO EN SALUD

En Extremadura, la financiación pública de las prestaciones sanitarias de la población es prácticamente total, especialmente si se toma en cuenta el colectivo asegurado por las mutualidades públicas. La población de la CAE a 1 de enero de 2008, según el Padrón Municipal de Habitantes coordinado por el INE, asciende a 1.097.744 habitantes, de los

CAPÍTULO

que prácticamente el 100% están protegidos por la Seguridad Social, permaneciendo ese porcentaje estable desde el comienzo de la década de los 90.

El gasto sanitario público corresponde a las diferentes Administraciones públicas (central, autonómica y local); dentro de ésta última, se distinguen los correspondientes a las Corporaciones Locales y a las Diputaciones Provinciales. Si bien, desde la asunción de las transferencias sanitarias en el año 2002, el mayor porcentaje corresponde a la Administración autonómica, sobre todo en el ámbito asistencial.

Los Presupuestos de Gastos de la Comunidad Autónoma para el año 2009 ascienden a un total de 5.768.970.943 euros, de los que 1.940.740.074 (33,64%) corresponden a la CSD, cuyo Presupuesto, desglosado por Programas y Capítulos presupuestarios, se detalla en la Tabla I.

Tabla I Presupuesto de gasto de la CSD. Programas y Capítulos presupuestarios. Año 2009

PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS	CAPÍTULO	AÑO 2009
Programa 411 A.- DIRECCIÓN Y SERVICIOS GENERALES	CAP. I	5.563.517
	CAP. II	2.469.043
	CAP. IV	33.065
	CAP. VI	1.620.388
	TOTAL	9.685.953
Programa 313 D.- AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA	CAP. I	85.498.379
	CAP. II	36.875.204
	CAP. IV	79.528.047
	CAP. VI	11.337.320
	CAP. VII	10.258.248
	TOTAL	223.487.198
	Programa 412 F.- ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN SALUD MENTAL	CAP. I
CAP. II		6.901.833
CAP. VI		1.595.631
TOTAL		38.142.814
Programa 412 A.- PLANIFICACIÓN Y ASISTENCIA SANITARIA	CAP. I	2.022.596
	CAP. II	417.274
	CAP. IV	6.064.715
	CAP. VI	445.166
	CAP. VII	4.922.106
	TOTAL	13.871.857
	Programa 411 B.- GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y CALIDAD SANITARIA	CAP. I
CAP. II		1.623.121
CAP. IV		1.798.000
CAP. VI		4.196.000
TOTAL		12.669.584
Transferencias entre subsectores (Servicio Extremeño de Salud)	CAP. IV	1.555.376.607
	CAP. VII	87.506.061
	TOTAL	1.642.882.668
TOTAL		1.940.740.074

Fuente: Presupuestos Generales de la CAE. Año 2009.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

VII CAPÍTULO

Los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de 2009 presentan cambios con respecto a los del año 2005, debido a la nueva estructura competencial de las Consejerías llevada a cabo durante la vigencia del Plan de Salud anterior. Las competencias sobre Consumo dejaron de pertenecer a la CSD que, a su vez, asumió las de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia. Además, las acciones en materia de Salud Pública fueron adscritas al SES.

El Presupuesto del SES correspondiente a 2009 es de 1.643.307.668 euros, de los que 1.642.882.668 euros, es decir casi la totalidad, procede de transferencias de la CSD, por lo que su financiación es fundamentalmente vía presupuestos.

Hay que resaltar la contención durante los últimos años del gasto en medicamentos con receta del SSPE, que presentan porcentajes de incremento anual alrededor del 5%; en su consecución, han debido influir las políticas seguidas para promocionar la prescripción de genéricos y por principio activo.

En la Tabla 2 se detalla el Presupuesto del SES correspondiente a 2009, desglosado por Programas y Capítulos presupuestarios.

Tabla 2 Presupuesto de gasto del SES. Programas y Capítulos presupuestarios. Año 2009

Programas presupuestarios	Capítulo	Año 2009
Programa 411 B.- FORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA Y ADMÓN. SANITARIA	CAP. I	20.338.589
	TOTAL	20.338.589
Programa 411 C.- ADMÓN. Y SERV. GRALES. DE ASISTENCIA SANITARIA	CAP. I	11.158.817
	CAP. II	25.333.191
	CAP. IV	53.726
	CAP. VI	10.595.105
	TOTAL	47.140.839
Programa 412 B.- ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE SALUD	CAP. I	529.824.827
	CAP. II	279.897.706
	CAP. IV	3.643.794
	CAP. VI	61.714.956
	TOTAL	875.081.283
Programa 412 D.- ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	CAP. I	268.024.628
	CAP. II	36.716.786
	CAP. IV	358.446.417
	CAP. VI	14.432.000
	TOTAL	677.619.831
Programa 412 E.- ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DE SALUD	CAP. II	14.819.001
	CAP. IV	7.214.125
	CAP. VI	1.184.000
	TOTAL	23.127.126
TOTAL		1.643.307.668

Fuente: Presupuestos Generales de la CAE. Año 2009.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

En los Presupuestos de la Consejería de Sanidad del año 2005, estaba incluido el Programa 443, correspondiente a Consumo, por un importe de 3.120.137 euros. Por el contrario, en los Presupuestos de 2008 ya no aparecía Consumo pero sí se incluía Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia.

En 2005, los Presupuestos de la Consejería de Sanidad representaban el 29,74% del total de los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma, mientras que en 2008 constituían el 32,58%.

Tomando en consideración que el presupuesto de Consumo para el año 2005 fue de 3.120.137 euros, y el de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia en 2008 fue de 198.058.576 euros, el incremento en el gasto sanitario público presupuestado puede estimarse en 387.873.834 euros, lo que representa un aumento del 31,66% durante el periodo 2005-2008, correspondiente a la vigencia del anterior Plan de Salud.

El gasto sanitario público presupuestado en el primer y en el último año del *Plan de Salud 2005-2008*, tanto para la Consejería de Sanidad como para el SES, detallado por Programas y Capítulos presupuestarios, se recoge en la Tabla 3.

2. MEMORIA ECONÓMICA DEL PLAN DE SALUD

La elaboración del presente Plan de Salud ha conllevado un necesario ejercicio de evaluación económica que permita hacer realidad las líneas de actuación definidas en cada uno de los objetivos del mismo. Las fuentes de información utilizadas han sido, principalmente, la CSD y el SES, así como los diferentes Departamentos de la Administración autonómica que desarrollan acciones que repercuten en la salud individual o colectiva de los ciudadanos extremeños.

Este ejercicio de evaluación se ha llevado a cabo teniendo en cuenta los Presupuestos Generales de la CAE en 2008, analizados desde un punto de vista tanto cuantitativo como cualitativo.

Tras la realización de un estudio detallado de los objetivos y líneas de actuación incluidos en el Plan, se han establecido tres tipos de objetivos, según la generación de gasto que conllevan.

Un primer grupo, constituido por un número importante de los mismos, se considera como no generador de gasto y, por tanto, se pueden llevar a cabo con la financiación prevista para el SSPE, así como con las partidas presupuestarias de los departa-

Tabla 3

Gasto sanitario presupuestado de la Consejería de Sanidad y del SES. Programas y Capítulos presupuestarios. Años 2005 y 2008

Programas presupuestarios	Capítulo	Año 2005	Año 2008
Programa 411 A.- DIRECCIÓN Y SERVICIOS GENERALES	CAP. I	4.586.218	6.487.763
	CAP. II	1.956.670	2.839.909
	CAP. IV	35.005	33.005
	CAP. VI	1.859.710	1.637.082
	TOTAL	8.437.603	10.997.759
Programa 411 B.- FORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA Y ADMÓN. SANITARIA	CAP. I	16.077.022	21.728.625
	CAP. II	1.539.842	1.651.890
	CAP. IV	879.636	1.929.300
	CAP. VI	658.562	3.809.718
	CAP. VII	218.000	
	TOTAL	18.583.062	29.119.533
	Programa 411 C.- ADMÓN. Y SERV. GRALES. DE ASISTENCIA SANITARIA	CAP. I	9.363.147
CAP. II		6.228.918	20.026.995
CAP. IV		49.361	53.726
CAP. VI		8.609.500	10.072.367
CAP. VIII		7.780	7.780
TOTAL		24.258.706	40.899.706
Programa 412 A.- PLANIFICACIÓN Y ASISTENCIA SANITARIA	CAP. I	1.220.097	1.945.392
	CAP. II	367.158	441.382
	CAP. IV	3.610.855	5.530.660
	CAP. VI	674.500	742.500
	CAP. VII	4.191.720	5.954.000
	TOTAL	10.064.330	14.613.934
Programa 412 B.- ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE SALUD	CAP. I	372.825.171	485.978.602
	CAP. II	215.730.874	273.603.076
	CAP. IV	3.416.640	4.283.065
	CAP. VI	42.901.836	60.463.749
	CAP. VIII	256.199	194.543
	TOTAL	635.130.720	824.523.035
Programa 412 D.- ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	CAP. I	185.596.237	250.802.486
	CAP. II	24.760.804	33.835.797
	CAP. IV	287.423.901	345.629.464
	CAP. VI	11.796.080	24.420.501
	CAP. VIII	103.221	70.767
	TOTAL	509.680.243	654.308.925
Programa 412 E.- ATENCIÓN SOCIOSANITARIA DE SALUD	CAP. II	7.594.646	15.729.269
	CAP. IV	7.086.205	8.663.224
	CAP. VI	736.767	960.000
	TOTAL	15.417.618	25.352.493
Programa 413 B.- ACCIONES EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA	CAP. I	935.532	
	CAP. II	647.029	
	CAP. IV	1.530.951	
	CAP. VI	373.000	
	TOTAL	3.486.512	
Presupuesto total de la Consejería de Sanidad		1.228.396.731	1.801.209.004
Transferencia de la Consejería de Sanidad al SES		1.156.731.035	1.561.651.533
Presupuesto total del SES		1.157.303.235	1.562.079.533
TOTAL GASTO SANITARIO		1.228.396.731	1.801.209.004

Fuente: Presupuestos Generales de la CAE. Años 2005 y 2008.

Elaboración: CSD. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación.

CAPÍTULO

mentos implicados en algunos de los objetivos o líneas de actuación, tales como Educación, Igualdad y Empleo, Jóvenes y Deporte, etc., ya sea con una redistribución de los recursos empleados actualmente, o bien mediante la optimización de los mismos, como ocurre por ejemplo en zonas con una elevada dispersión.

Un segundo grupo está formado por aquellos objetivos y/o líneas de actuación que es intención desarrollar a lo largo de la vigencia del Plan, y cuya valoración económica estará en función de las actuaciones que por las respectivas Administraciones se definan y aprueben.

Un tercer grupo está constituido por aquellos objetivos y/o líneas de actuación que generan gastos adicionales y, por tanto, conllevan un aumento de las partidas presupuestarias o bien nuevas partidas.

Para conseguir una aproximación al coste del *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, se han tenido en cuenta estudios de coste, así como estimaciones de gasto de ejercicios presupuestarios anteriores, a los efectos de estimar los gastos durante los ejercicios presupuestarios correspondientes al periodo de vigencia del Plan.

Para tal fin, los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma correspondientes al año 2009, aprobados con fecha 31 de diciembre de 2008, tienen una cuantía de 5.768.970.943 euros, de los que 1.940.740.074 euros, un 33,64%, corresponden a la CSD, y de éstos 1.643.307.668 euros son destinados a la financiación del SES, como organismo proveedor de servicios. Estas cantidades se irán actualizando anualmente para poder llevar a cabo los objetivos contemplados en el Plan de Salud.

3. FINANCIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO Y PLAN DE SALUD

Los Planes de Salud de Extremadura, desde el primero hasta el presente, propugnan, en el marco de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, un SNS de cobertura universal y con prestaciones debidamente definidas, que contemple además del marco del aseguramiento único, el diseño de un modelo de financiación pública que garantice la estabilidad financiera para prestar la asistencia establecida, la compatibilidad con la capacidad económica del país, la corresponsabilidad en su control de los diferentes agentes de gasto, y la corrección de las disfunciones detectadas en el modelo de financiación actual.

El modelo de financiación del SNS deberá garantizar una capacidad territorial homogénea del gasto sanitario, al objeto de alcanzar el nivel más elevado posible de eficacia y equidad. Asimismo, la introducción de nuevas prestaciones en el SNS debería condicionarse a la correspondiente dotación financiera específica de las mismas.

VII CAPÍTULO

De acuerdo con la Ley General de Sanidad y la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, la Administración sanitaria es competente para formular las políticas y estrategias más apropiadas para garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos.

Tomando como referencia ambas normas, se constituyó el Sistema Sanitario Público de Extremadura, que ha asumido las transferencias de aquellos servicios sanitarios que, con anterioridad a la Constitución de 1978, eran prestados por la Seguridad Social.

Actualmente la CAE dispone de un sistema sanitario de financiación pública y cobertura prácticamente universal, en el que se priorizan la equidad y la eficiencia, en base a los resultados alcanzados en términos de salud individual y colectiva, mediante la aplicación de la mejor evidencia disponible según el conocimiento científico, y no sólo a través de la producción de servicios.

El cuarto Plan de Salud de Extremadura se formula con el horizonte temporal del año 2012, orientado a la consecución de una asistencia de calidad a los ciudadanos y a la mejora de la respuesta del sistema a las necesidades demandadas por ellos, tanto desde el punto de vista de la calidad técnica de las prestaciones sanitarias, como de la relación del sistema con el ciudadano.

Para ello, el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* lleva a cabo un abordaje multidisciplinar e intersectorial de los problemas y necesidades detectados. Esta intersectorialidad del Plan, hace necesario que la financiación de muchas de las actuaciones priorizadas en él, deba provenir de aquellas entidades u organismos de la Administración Pública implicados en el diseño, ejecución o seguimiento de las mismas.

En definitiva, durante la elaboración, negociación y debate presupuestario de las normas que sancionen los Presupuestos Generales de la CAE y de las Administraciones Públicas afectadas, se deberá contemplar la financiación de las actuaciones vinculadas a los objetivos y líneas de actuación establecidos en el presente Plan de Salud. Para ello, las respectivas unidades de gasto deberán incluir en su propuesta presupuestaria, las correspondientes partidas dirigidas a las actuaciones enunciadas en el Plan.

Finalmente, el presente Plan de Salud, en consonancia con lo establecido por la Ley de Salud de Extremadura, contempla la separación de las funciones de financiación y aseguramiento de las de gestión y provisión de servicios, incrementando de esta manera la corresponsabilidad compartida por los distintos componentes del SSPE, y potenciando la descentralización del propio sistema, así como la autonomía de gestión del SES y del resto de proveedores.

ANEXOS

- 1. Convergencia del Plan de Salud de Extremadura con otros planes y programas del Gobierno Extremeño.**
- 2. Decreto 138/2008, de 3 de julio, por el que se establecen las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura 2009-2012.**
- 3. Referencias bibliográficas.**
- 4. Abreviaturas utilizadas.**
- 5. Colaboradores:**
 - 5.1 Comité Técnico del Plan de Salud de Extremadura 2009-2012**
 - 5.2 Consejo Extremeño de Salud**
 - 5.3 Consejo Científico-Asesor del Sistema Sanitario Público de Extremadura**
 - 5.4 Grupos de Trabajo de Expertos**
 - 5.5 Sección del Plan de Salud de Extremadura**
 - 5.6 Equipo de Redacción, Coordinación y Corrección**
- 6. Otros Participantes.**

2009-2012

I. CONVERGENCIA DEL PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA CON OTROS PLANES Y PROGRAMAS DEL GOBIERNO EXTREMEÑO.

CONSEJERÍA DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y HACIENDA

- Plan Especial de Protección Civil ante el Riesgo de Inundaciones en Extremadura (INUNCAEX)
- Plan Especial de Protección Civil ante el Riesgo Sísmico en la Comunidad Autónoma de Extremadura (PLASISMEX)
- Plan Territorial de Protección Civil de la Comunidad Autónoma de Extremadura (PLATERCAEX)
- Plan Especial de Protección Civil ante el Riesgo en el Transporte de Mercancías Peligrosas por Carretera y Ferrocarril en Extremadura (TRANSCAEX)
- Planes de Emergencia de Extremadura de Empresas sometidas a la Directiva SEVESO
- Plan de Modificación de la Plataforma Tecnológica para la Atención en Emergencias de los Discapacitados Auditivos en Extremadura
- 98 Planes de Emergencia Municipales (PEMU)

CONSEJERÍA DE AGRICULTURA Y DESARROLLO RURAL

- Prevención de Drogodependencias en los C.F. Agraria
- Programa de Control y Evaluación de las Condiciones Higiénico-Sanitarias de la Producción Primaria de Leche Cruda de Oveja, Cabra y Vaca
- Programa de Control de Identificación Animal y Registro
- Programa de Control de Subproductos en Explotaciones
- Programa de Control de Subproductos en Establecimientos SANDACH
- Programa de Control de Importaciones de Animales
- Programa de Control de Importaciones de Material Genético
- Programa de Control de Importaciones de Piensos, Productos y Materias de Origen Vegetal para la Alimentación Animal
- Programa de Control de Residuos en la Producción Primaria (medicamentos veterinarios y plaguicidas en las cosechas)
- Sistema de Control de la Calidad Comercial Alimentaria
- Sistema de Control Oficial de la Calidad diferenciada de Productos Agroalimentarios no Vínicos vinculada a un Origen Geográfico y Especialidades Tradicionales Garantizadas
- Sistema de Control Oficial de la Producción Agrícola Ecológica
- Programa de Control de Bienestar Animal
- Programa de Control de Alimentación Animal
- Sistema de Control de Intercambios Intracomunitarios de Animales y Material Genético y de Subproductos Animales no Destinados al Consumo Humano
- Programas de Control, Vigilancia y Erradicación de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles
- Programas de Erradicación de la Tuberculosis Bovina, Brucelosis Bovina y Brucelosis Ovina y Caprina
- Programa de Vigilancia, Control y Erradicación de Salmonelas Zoonóticas en Avicultura
- Programa de Control Oficial de la Fabricación, Importación y Comercialización de Productos Fitosanitarios

- Programa de Control de la Utilización de Productos Fitosanitarios
- Programa de Control de Sanidad Vegetal

CONSEJERÍA DE CULTURA Y TURISMO

- Guía de Bañerios

CONSEJERÍA DE ECONOMÍA, COMERCIO E INNOVACIÓN

- IV Plan Regional de I+DT+i de Extremadura
- Plan Estratégico del Centro de Cirugía de Mínima Invasión
- I Plan Estratégico del Instituto del Corcho, la Madera y el Carbón Vegetal
- I Plan Estratégico del Instituto Tecnológico y Agroalimentario de Extremadura
- I Plan Estratégico de la Finca la Orden-Valdesequera
- Plan Estratégico para el Apoyo y Fomento de los Productos Alimentarios Ecológicos en Extremadura

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

- Campaña de Prevención de Tabaquismo en la Escuela
- Actividad de Educación para la Salud frente a la Obesidad Infantil y Juvenil
- Programa “5 al Día”
- Programa de Integración “Aulas de la Naturaleza”
- Programa ASE: Aprendizaje Social y Emocional. Inteligencia Emocional
- Concurso Escolar de Donación de Órganos y Tejidos
- Formación del Profesorado en Educación para la Salud en los Centros de Profesores y Recursos
- Programa PERSEO (Programa Piloto Escolar de Referencia para la Salud y el Ejercicio contra la Obesidad)
- RExEpS: Red Extremeña de Escuelas Promotoras de Salud

CONSEJERÍA DE FOMENTO

- Plan de Infraestructuras Viarias (2008-2015)
- Plan Integral de Transportes de Extremadura
- Plan de Infraestructuras de Abastecimiento Urbano (2008–2015)
- Plan de Depuración de Aguas Residuales (2008–2015)
- Plan de Encauzamientos Urbanos (2008–2015)
- Plan de Vivienda, Rehabilitación y Suelo (2009-2012)

CONSEJERÍA DE IGUALDAD Y EMPLEO

- Plan Especial Estratégico de Servicios Sociales de Base de Extremadura 2006-2009
- Plan Extremeño para la Promoción y Participación Social del Pueblo Gitano 2007-2012
- V Plan de Actuación de la Comunidad Autónoma de Extremadura para la Prevención de Riesgos Laborales (2008-2011)
- Programa para la Educación Familiar
- Programa para la Atención de Familias Desfavorecidas y en Situación de Riesgo
- Programa de Familias Monoparentales

CONSEJERÍA DE INDUSTRIA, ENERGÍA Y MEDIO AMBIENTE

- Programa Forestal de Extremadura
- Plan Infoex
- Vigilancia, Control y Reducción de la Contaminación Ambiental

CONSEJERÍA DE LOS JÓVENES Y DEL DEPORTE

- IV Plan de Juventud 2009-2012
- IV Programa de Dinamización Deportiva Municipal (2009)
- V Programa de Dinamización Deportiva Municipal (2010-2012)
- Programa “El Ejercicio Te Cuida” (anual)
- JUDEX-JEDES. Juegos Deportivos Extremeños y Juegos Extremeños del Deporte Especial (anual)
- Red de Gimnasios Municipales. Línea de Calidad en Equipamientos Deportivos para Gimnasios Municipales (2009-2012)
- Temporada Deporte y Mujer (anual)
- Convivencia Deportiva para Mayores (anual en colaboración con el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia)
- Área de Salud del CEXFOD (Centro Extremeño de Formación Deportiva-Programación Anual de Cursos Formativos Orientados a esta Temática)
- Programa Spas Rurales (2009-2012)

2. DECRETO 138/2008, DE 3 DE JULIO, POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS NORMAS PARA LA ELABORACIÓN, EL SEGUIMIENTO Y LA EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA 2009-2012. (DOE NÚM. 134, DE 11- 07- 08)

El Estatuto de Autonomía de Extremadura, en su artículo 8.4, atribuye a la Comunidad Autónoma las competencias de desarrollo legislativo y ejecución en materia de sanidad e higiene, centros sanitarios y hospitalarios públicos, y coordinación hospitalaria en general.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, prevé, en sus artículos 70 y siguientes, la aprobación de planes de salud por parte del Estado y las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias y, en su artículo 74, del Plan Integrado de Salud, que recogerá en un único documento los Planes estatales, los Planes de las Comunidades Autónomas y los Planes conjuntos, teniendo en cuenta los criterios de coordinación general sanitaria. En virtud de lo anterior, se aprobó el Real Decreto 938/1989, de 21 de junio, que establece el procedimiento de elaboración y seguimiento del Plan Integrado de Salud, así como el esquema general de sus contenidos.

A partir de la entrada en vigor de la normativa anteriormente citada, tanto en España como en nuestra Comunidad Autónoma, se han producido avances en las organizaciones sanitarias, y la necesidad de mantener la coordinación, cohesión y equidad en el Sistema Nacional de Salud, obligan a la planificación de actividades y a formular estrategias y objetivos que garanticen resultados que mejoren el estado de salud individual y colectivo, manteniendo los principios básicos de la legislación vigente.

La Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura establece un nuevo marco de ordenación para la sanidad pública extremeña, definiendo el Sistema Sanitario Público de Extremadura como parte integrante del Sistema Nacional de Salud, así como la creación del Servicio Extremeño de Salud, como Organismo Autónomo de carácter administrativo. De conformidad con lo dispuesto en sus artículos 7, 8 y 23, la elaboración del Plan de Salud de Extremadura corresponde a la actual Consejería de Sanidad y Dependencia, teniendo en cuenta las propuestas formuladas por cada una de las Áreas de salud, y su aprobación al Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura. Por otra parte, el artículo 24 dispone que la Consejería con competencias en materia de Sanidad, dictará o, en su caso, instará la realización de las normas y el plazo para la elaboración del Plan de Salud.

Tras la promulgación de la citada Ley de Salud, se consagra el Plan de Salud como el instrumento estratégico de planificación y coordinación de las actividades de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y de asistencia sanitaria de todos los sujetos, públicos y privados, integrantes del Sistema Sanitario Público de Extremadura, a fin de garantizar que las funciones del mismo se desarrollen de manera ordenada, eficiente y efectiva.

En cuanto al deber de colaboración, la Ley de Salud de Extremadura establece que todos los departamentos de la Administración de la Comunidad Autónoma, de las Instituciones Sanitarias, así como los correspondientes de las Corporaciones Locales, vendrán obligados a prestar la debida colaboración para la elaboración del Plan, suministrando datos, facilitando información y prestando la asistencia que se demande por la Autoridad Sanitaria. Los contenidos mínimos que, al menos, deberá incluir, figuran en su artículo 28.

La coordinación, el seguimiento y la evaluación continuada del Plan, son concebidos como pilares fundamentales del mismo, representando un ejercicio de planificación continuada, dado que los resultados obtenidos pueden ser incorporados, al análisis de situación y a la definición de objetivos e intervenciones, de posteriores periodos de planificación sanitaria.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, configura el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud. Establece como principal instrumento de configuración del Sistema Nacional de Salud, el Consejo Interterritorial, que contará entre sus funciones de asesoramiento, pla-

nificación, y evaluación en el Sistema Nacional de Salud, con la evolución de los Planes Autonómicos de Salud y la formulación de los Planes Conjuntos y del Plan Integral de Salud, referidos en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias, y los respectivos códigos deontológicos, imponen a estos profesionales el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado. No obstante, y con independencia de las normas laborales que contemplan este derecho en virtud de la condición común de “trabajadores”, el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, como norma básica que establece su régimen jurídico, reconoce el derecho de los profesionales que se encuentran en su ámbito de aplicación a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, sobre riesgos generales en el centro sanitario o derivados del trabajo habitual, así como a recibir asistencia y protección de las Administraciones Públicas y Servicios de Salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones.

El Decreto 96/2004, de 15 de junio, por el que se establecen las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura, enumera entre sus principios, la adecuación a los objetivos de la política socio-económica y de bienestar social de la Comunidad Autónoma de Extremadura; el establecimiento de indicadores o criterios básicos y comunes que favorezcan la ordenación y coordinación sanitaria y posibiliten evaluar las necesidades de recursos, así como el inventario de los mismos; el mantenimiento de un marco de actuaciones conjuntas para alcanzar un sistema sanitario equitativo y armónico basado en la concepción integral de la salud y por último la elaboración de criterios básicos y comunes de evaluación de la eficacia y eficiencia del sistema sanitario público.

La Ley 3/2005, de 8 de julio, de Información Sanitaria y Autonomía del Paciente, de la Comunidad Autónoma de Extremadura, garantiza el derecho a la protección de la salud con pleno respeto a los derechos fundamentales de información, honor e intimidad consagrados constitucionalmente, y el principio de autonomía de la voluntad del paciente, en un marco que potencie la participación activa de los ciudadanos, de los profesionales y de las instituciones sanitarias para la consecución de una mejora continua en la atención sanitaria.

La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en su artículo 27 recoge la integración del principio de igualdad en la política de salud (garantizando la igualdad de derecho a la salud de mujeres y hombres en los objetivos y actuaciones de política de salud) y la perspectiva de género (integrando en la formulación, desarrollo y evaluación de las políticas de salud, las distintas necesidades de mujeres y hombres, y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente). Esta Ley Orgánica modifica la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, e introduce un nuevo apartado 4 en su artículo 3, en el que las políticas, estrategias y programas de salud deben integrar activamente en sus objetivos y actuaciones dicho principio, sin discriminaciones derivadas de diferencias físicas o estereotipos sociales asociados.

Según recogen los objetivos generales del Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2007-2010, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, es necesario adecuar las políticas públicas, y entre ellas la salud, a las nuevas necesidades que origina la presencia de inmigrantes. Esta adecuación ha de ser tanto cuantitativa como cualitativa, para gestionar adecuadamente la diversidad de las nuevas demandas e incorporar las competencias interculturales necesarias.

El Decreto del Presidente 17/2007, de 30 de junio, por el que se modifica la denominación, el número y competencias de las Consejerías que conforman la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura, crea la Consejería de Sanidad y Dependencia.

Por último, el Decreto 191/2007, de 20 de julio, establece la Estructura Orgánica de la Consejería de Sanidad y Dependencia.

Atendiendo a lo anteriormente expuesto, se hace necesario dictar el presente Decreto que posibiliten llevar de forma eficiente la elaboración del Plan de Salud de Extremadura para el periodo 2009-2012, así como su correcto seguimiento y evaluación.

En su virtud, a propuesta de la Consejera de Sanidad y Dependencia, de acuerdo con el Consejo Consultivo de Extremadura y previa deliberación del Consejo de Gobierno en su reunión del día 3 de julio de 2008, DISPONGO:

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1.- Objeto y Naturaleza

El presente Decreto tiene por objeto el establecimiento de las normas que regulan la elaboración, el seguimiento y la evaluación del *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, así como la determinación de los órganos administrativos que participarán en estos procesos y velarán por su adecuado desarrollo.

Artículo 2.- Principios del Plan de Salud de Extremadura

En la elaboración del Plan de Salud, además de los criterios generales de coordinación sanitaria contemplados en el artículo 70.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, para su inclusión en el Plan Integrado de Salud, la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, así como en los artículos 64, 71 y 76 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, se tendrá en cuenta los siguientes principios:

- a) La adecuación a los objetivos de la política socioeconómica y de bienestar social de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- b) El establecimiento de indicadores o criterios básicos y comunes que favorezcan la ordenación y coordinación sanitaria, y posibiliten evaluar las necesidades de recursos, así como el inventario de los mismos.
- c) El mantenimiento de un marco de actuaciones conjuntas para alcanzar un sistema sanitario equitativo y armónico, basado en la concepción integral de la salud.
- d) La elaboración de criterios básicos y comunes de evaluación de la eficacia y eficiencia del Sistema Sanitario Público.
- e) La definición de objetivos que permitan garantizar la igualdad de derecho a la salud de mujeres y hombres y sus distintas necesidades.

Artículo 3.- Prestación de asistencia y colaboración

Todos los departamentos de la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura, de las Instituciones Sanitarias, así como los correspondientes de las Corporaciones Locales, vendrán obligados a prestar la debida colaboración en la elaboración, seguimiento y evaluación del Plan, suministrando los datos, facilitando la información y prestando la asistencia que se demande por la Consejería competente en materia de Sanidad.

CAPÍTULO II

ELABORACIÓN Y CONTENIDO DEL PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA

Artículo 4.- Elaboración del Plan de Salud

La Consejería competente en materia de Sanidad, a través de la Dirección General con competencia en materia de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, elaborará el Plan de Salud de Extremadura 2009-2012 con sujeción a las previsiones establecidas en este Decreto.

Artículo 5.- Contenido del Plan de Salud de Extremadura

El Plan de Salud de Extremadura deberá incluir, al menos, los siguientes apartados:

- a) El análisis de la situación de la salud, de los servicios y de los recursos relacionados con la salud empleados, que permitirá establecer una valoración de la situación inicial, un diagnóstico de los problemas y necesidades sanitarios y de las áreas de intervención prioritarias.
- b) La determinación y priorización de los objetivos a alcanzar.
- c) La definición de las actuaciones y programas a realizar, para cada uno de los objetivos, así como los criterios de evaluación.
- d) Las previsiones económicas y financiación de las actividades propuestas.

Artículo 6.- Fases de elaboración del Plan de Salud de Extremadura

El Plan de Salud de Extremadura se elaborará de acuerdo con su contenido, siguiendo las siguientes fases:

- a) Fase de análisis de situación de salud, de servicios y de recursos sanitarios empleados.
- b) Fase de establecimiento de las áreas de intervención.
- c) Fase de determinación de objetivos, definición de líneas de actuación y programas a desarrollar.
- d) Fase de redacción del Documento-Propuesta y de elaboración de las previsiones económicas y mecanismos de financiación.

Artículo 7.- Fase de análisis de situación de salud, de servicios y de recursos relacionados con la salud empleados

1. Esta fase contendrá el estudio del estado de salud de la población, de los condicionantes para la salud, condiciones medioambientales y estilos de vida, así como de los servicios sanitarios, haciendo especial referencia a su adecuación a la situación de salud de la población, a la calidad y la eficiencia incluyendo además, valoraciones sobre: morbilidad, mortalidad, incapacidad, exposición a los factores de riesgo de la enfermedad, estado de salud de la población, estilos de vida, ordenación y oferta sanitarias.

2. Con el fin de que el estudio de situación refleje con la mayor precisión el estado real de la salud y de los servicios, el estudio de cada variable procurará estar referido al ámbito territorial más adecuado en cada caso.

3. De cada problema de salud identificado, se realizará un análisis de aspectos relacionados con la importancia socio-sanitaria, la vulnerabilidad, las estrategias de actuación, la factibilidad y la estrategia adoptada. En base a estos criterios se establecerá una lista de los problemas y de los condicionantes de la salud y de los servicios.

Artículo 8.- Fase de establecimiento de las áreas de intervención

1. Partiendo de la lista de los problemas y de los condicionantes de la salud y de los servicios en la que concluye el análisis de situación, se definirán grandes áreas de intervención prioritaria, atendiendo a la naturaleza y contenidos de los problemas y necesidades sanitarios detectados.

2. Cada área de intervención priorizada, servirá de marco a los objetivos estratégicos definidos, a las líneas de actuación propuestas para cada uno de ellos, a los planes o programas específicos a desarrollar, así como a los criterios para el seguimiento y evaluación de los mismos.

Artículo 9.- Fase de determinación de objetivos y definición de líneas de actuación y programas a desarrollar

1. Partiendo de la lista de problemas detectados en la fase de análisis de situación y agrupados por áreas de intervención, se deberán determinar los objetivos a alcanzar en cada una de ellas. Los objetivos que se señalen guardarán relación con los problemas detectados y con los recursos disponibles.

2. Los objetivos a alcanzar se expresarán en términos concretos, mensurables, monitorizables, cuantificables y modificables. Deberán incluir un tiempo para su consecución, y estarán en relación tanto con los problemas previamente identificados, como con las circunstancias específicas del ámbito al que se refieran y con los recursos disponibles.

3. Para cada objetivo estratégico, se definirán las líneas de actuación y programas a realizar para su consecución.

4. La definición de las líneas de actuación se basará en los resultados y conclusiones del análisis de situación y tendrá en cuenta el grado de eficiencia demostrada de las medidas, la sensibilidad del problema a las intervenciones propuestas y su factibilidad. Las líneas de actuación constituyen actividades generales que son necesarias llevar a cabo atendiendo a los criterios organizativos de las diferentes Administraciones y que estarán sujetas a los cambios propios del devenir de nuevas situaciones y conocimientos del problema.

5. Cuando por su entidad, se proponga el tratamiento integral de un determinado problema de salud, los planes o programas a desarrollar deberán abarcar las siguientes líneas de actuación: Promoción y Protección de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Asistencia Sanitaria, Medidas de Apoyo, Rehabilitación, Formación e Investigación, si procede.

6. Para cada línea de actuación propuesta deberá señalarse el órgano responsable o encargado de llevarla a cabo, y sus indicadores de seguimiento y evaluación.

7. Los criterios de seguimiento y evaluación del Plan, permitirán conocer si su implantación se acompaña del esperado desarrollo de las principales actuaciones previstas y de los posibles cambios en la magnitud de los factores condicionantes de los problemas de salud.

Artículo 10.- Fase de redacción del Documento-Propuesta y elaboración de las previsiones de financiación

1. El Comité Técnico de Elaboración del Plan de Salud de Extremadura, definidos los objetivos, las líneas de actuación y los planes a desarrollar, estudiará conjuntamente los informes y propuestas emitidos por cada uno de los grupos de trabajo de expertos, resultando un Documento-Propuesta de Plan de Salud de Extremadura que será elevado al titular de la Consejería competente en materia de Sanidad para cuantas consultas y actuaciones considere oportunas.

2. El Plan de Salud incluirá las previsiones económicas y los mecanismos de financiación del conjunto de actividades.

CAPÍTULO III

APROBACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA

Artículo 11.- Aprobación y vigencia

1. El Plan de Salud de Extremadura será aprobado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura, a propuesta de la Consejería competente en materia de Sanidad, oído el Consejo Extremeño de Salud. Una vez aprobado, será presentado por el titular de la Consejería competente en materia de Sanidad ante la Asamblea de Extremadura, para su conocimiento.

2. El periodo de vigencia del Plan de Salud será de 4 años extendiéndose desde el 2009 al 2012.

3. Una vez aprobado el Plan de Salud será remitido al Ministerio competente para su correspondiente inclusión en el Plan Integrado de Salud, de acuerdo con lo establecido en los artículos 74 a 77 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y los artículos 64 y 71 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

4. Las previsiones contenidas en el Plan de Salud, son obligatorias para todos los sujetos del Sistema Sanitario Público de Extremadura y entidades públicas y privadas afectadas.

Artículo 12.- Publicidad

Aprobado el *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, en aras de la transparencia y accesibilidad que debe presidir la actuación de las Administraciones Públicas, la Consejería competente en materia de Sanidad procederá a su edición, de forma accesible para el público, debiendo obrar en las dependencias de dicha Consejería, a disposición de los ciudadanos, un ejemplar del mismo para consulta e información. En la consecución de este objetivo, se utilizarán los medios proporcionados por las nuevas tecnologías de la comunicación.

CAPÍTULO IV SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA

Artículo 13.- Mecanismos de seguimiento y evaluación

La Consejería competente en materia de Sanidad establecerá los mecanismos de seguimiento y evaluación del Plan de Salud que permitan facilitar su desarrollo y asegurar su seguimiento y la valoración de las actividades y objetivos conseguidos, así como su ejecución, especialmente cuando se trate de acciones llevadas a cabo por centros y servicios no dependientes de dicha Consejería.

Artículo 14.- Seguimiento

1. Corresponde a la Consejería competente en materia de Sanidad efectuar de forma coordinada con las unidades administrativas responsables, y mediante la aplicación de los procedimientos, mecanismos y criterios establecidos por el propio Plan, el seguimiento del cumplimiento de éste y la organización de un banco de datos sobre la evolución del mismo.

2. Anualmente será revisado el grado de cumplimiento alcanzado por los objetivos establecidos en el Plan, hasta la culminación del periodo fijado para su finalización.

3. La Consejería competente en materia de Sanidad ejercerá las funciones de seguimiento a través de los siguientes órganos:

- a) Comité Técnico del Plan de Salud de Extremadura 2009-2012.
- b) Dirección General competente en materia de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, a través de la Unidad administrativa denominada "Sección del Plan de Salud de Extremadura".

Artículo 15.- Evaluación

1. La evaluación del Plan de Salud de Extremadura, permitirá conocer los resultados obtenidos en relación con las actividades propuestas, orientadas a alcanzar los objetivos de salud y de disminución de los riesgos fijados para Extremadura.

2. Igualmente estos resultados podrán ser incorporados al análisis de la situación de cada problema de salud y constituirán por tanto, elementos esenciales que posibilitarán avanzar en la definición de intervenciones y objetivos en posteriores periodos de planificación sanitaria.

3. La evaluación del Plan de Salud, abarcará tanto su ejecución como su efectividad, pertinencia y resultados.

4. Se realizará una evaluación a mitad del periodo de vigencia del Plan de Salud de Extremadura 2009-2012 y otra al finalizar éste por la Dirección General con competencias en materia de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias de la Consejería competente en materia de Sanidad.

CAPÍTULO V DE LA COORDINACIÓN Y DESARROLLO DEL PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA

SECCIÓN I. DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 16.- Mecanismos administrativos de elaboración y seguimiento del Plan de Salud de Extremadura

1. El Comité Técnico del Plan de Salud de Extremadura y la Unidad administrativa denominada Sección del Plan de Salud de la Dirección General con competencias en materia de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, con la colaboración del grupo de Responsables Institucionales encargados de informar sobre el desarrollo de las medidas de inter-

cción y actuaciones propuestas en el Plan, deberán cooperar con el objetivo general de facilitar el desarrollo, la coordinación, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura 2009-2012.

Dicha cooperación tendrá por objeto dar cumplimiento a los principios de coordinación sanitaria y participación social en la elaboración y seguimiento del Plan de Salud.

2. El funcionamiento de los recursos enumerados en el presente Capítulo, estará orientado hacia el logro de los objetivos generales de salud y de disminución de riesgo para la salud fijados en el Plan de Salud de Extremadura. Las actuaciones y acuerdos adoptados, deberán responder a los siguientes principios:

- a) La equidad y adecuación de los servicios a las necesidades de la población.
- b) La eficiencia y calidad de los servicios.
- c) La coordinación y participación de los diferentes niveles y servicios sanitarios y sociosanitarios de la Comunidad Autónoma.
- d) La satisfacción de los usuarios.
- e) La continuidad y coherencia con los planteamientos, los objetivos y las acciones del Plan.

SECCIÓN II. DEL COMITÉ TÉCNICO DEL PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA 2009-2012

Artículo 17.- Comité Técnico del Plan de Salud de Extremadura 2009-2012

Para la elaboración del Plan de Salud de Extremadura, la Consejería competente en materia de Sanidad estará asistida por el Comité del Plan de Salud de Extremadura, órgano adscrito a la misma, al que corresponderá propiciar el cumplimiento de las funciones encomendadas para la elaboración, seguimiento y evaluación del Plan de Salud de Extremadura.

Artículo 18.- Funciones

El Comité Técnico del *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, dentro del proceso de elaboración del mismo, desarrollará las siguientes funciones:

- a) Favorecer el normal desarrollo del Plan de Salud, facilitar su conocimiento y dar soporte a la actividad de coordinación interinstitucional, necesaria para la elaboración, implantación y desarrollo del mismo.
- b) Prestar soporte y asesoramiento técnicos necesarios para la elaboración, seguimiento y evaluación del Plan de Salud de Extremadura.
- c) Prestar asesoramiento y emitir informes sobre aquellas materias y cuestiones que les sean requeridas por la Consejería competente en materia de Sanidad, en relación con el Plan de Salud de Extremadura.
- d) Coordinar sus actividades con cuantas realicen las Administraciones Públicas o cualesquiera otras Instituciones y entidades orientadas a la mejora del nivel de salud de la población.
- e) Realizar cualesquiera otras funciones y actividades conducentes al cumplimiento de los objetivos establecidos en el Plan de Salud de Extremadura.

Artículo 19.- Composición

El Comité Técnico del Plan de Salud de Extremadura tendrá la siguiente composición:

- a) Presidente: El titular de la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias de la Consejería competente en materia de Sanidad, o vocal del Comité Técnico en quien delegue.
- b) Vocales con voz y voto, los siguientes:
 - 1) El titular del Servicio de Planificación y Ordenación Sanitaria de la Dirección General competente en materia de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias de la Consejería con competencia en materia de Sanidad.
 - 2) El titular de la Unidad administrativa denominada Sección del Plan de Salud del Servicio de Planificación y Ordenación Sanitaria de la Dirección General competente en materia de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias de la Consejería con competencia en materia de Sanidad.
 - 3) Los titulares de los Servicios de la Consejería competente en materia de Sanidad que se relacionan:
 - Servicio de Centros y Servicios Sanitarios.
 - Servicio de Coordinación Sanitaria.
 - Servicio de Ordenación Farmacéutica y Productos Sanitarios.

- Servicio de Participación Comunitaria en Salud.
 - Servicio de Calidad Sanitaria.
 - Servicio de Evaluación e Inspección de Centros, Servicios, Establecimientos y de Prestaciones Sanitarias.
 - Servicio de Sistemas de Tecnologías de Información Sanitaria.
 - Servicio de Estadística y Análisis Sanitario.
 - Servicio de Atención a la Discapacidad.
 - Servicio de Valoración y Atención a la Dependencia.
 - Servicio de Atención a Mayores.
- 4) Los titulares de las Direcciones de Salud de cada Área de Salud.
 - 5) Del Servicio Extremeño de Salud, designados por el titular de la Dirección Gerencia:
 - Un representante de la Secretaría General.
 - Dos representantes de cada una de sus Direcciones Generales.
 - 6) El Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura.
 - 7) De la Vicepresidencia Primera y Portavocía de la Junta de Extremadura, el titular del Servicio de Consumo y Participación.
 - 8) De la Consejería competente en materia de Igualdad y Empleo, los titulares de los Servicios que se relacionan:
 - Servicio de Programas de Atención a Menores y Familia.
 - Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo.
 - Servicio de Inclusión Social.
 - 9) De la Consejería competente en materia de Industria, Energía y Medioambiente, los titulares de los Servicios que se relacionan:
 - Servicio de Evaluación y Autorización Ambiental.
 - Servicio de Calidad Ambiental.
 - Servicio de Coordinación Territorial.
 - 10) De la Consejería competente en materia de Agricultura y Desarrollo Rural, los titulares de los Servicios que se relacionan:
 - Servicio de Sanidad Animal.
 - Servicio de Administración Local.
 - 11) De la Consejería competente en materia de Fomento, los titulares de los Servicios que se relacionan:
 - Servicio de Infraestructuras Viarias.
 - Servicio del Agua e Infraestructuras Hidráulicas.
 - 12) De la Consejería competente en materia de Educación, los titulares de los Servicios que se relacionan:
 - Servicio de Coordinación Educativa.
 - Servicio de Programas Educativos.
 - 13) De la Consejería competente en materia de los Jóvenes y el Deporte, los titulares de los Servicios que se relacionan:
 - Servicio de Promoción y Gestión de Programas Juveniles.
 - Servicio de Deportes.
 - 14) Un representante del Instituto de la Mujer de Extremadura, designado por el titular del mismo.
- c) Actuará como Secretario del Comité Técnico, con voz pero sin voto, un funcionario adscrito a la Dirección General competente en materia de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, designado por el titular de la misma.
 - d) Así mismo podrán participar en calidad de asesores técnicos aquellos profesionales que, por su experiencia y conocimientos técnicos, sean requeridos por el Comité Técnico.

Para el desarrollo de sus funciones, el Comité Técnico del Plan de Salud, dispondrá de la colaboración de la Sección del Plan de Salud, de los recursos propios de las Instituciones a las que pertenecen y representan, así como del personal administrativo que se requiera, adscrito a la Consejería competente en materia de Sanidad.

En lo relativo a la convocatoria, desarrollo de las sesiones, elaboración y contenido de las actas, así como el procedimiento de constitución y régimen de acuerdos, se estará a lo previsto para los órganos colegiados en el Capítulo II del Título II de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

SECCIÓN III. DE LA SECCIÓN DEL PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA

Artículo 20.- Objetivos de la Sección del Plan de Salud de Extremadura

La Unidad administrativa denominada Sección del Plan de Salud de Extremadura, adscrita al Servicio de Planificación y Ordenación Sanitaria de la Dirección General con competencia en materia de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias de la Consejería competente en materia de Sanidad tendrá los siguientes objetivos:

- a) Cumplir las funciones que les sean encomendadas y ofrecer el apoyo necesario en el proceso de elaboración del Plan de Salud.
- b) Asegurar el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura.

Artículo 21.- Funciones de la Sección del Plan de Salud

Son funciones de la Sección del Plan de Salud:

- a) Conocer los resultados obtenidos en relación con las actividades propuestas, orientadas a alcanzar los objetivos de salud y de disminución de riesgo fijados para Extremadura.
- b) Identificar la tendencia en relación con los objetivos propuestos, durante el periodo de vigencia del Plan y a la finalización del mismo.
- c) Incorporar al análisis de la situación de cada problema de salud, los resultados obtenidos del propio proceso de seguimiento y evaluación.
- d) Proponer las intervenciones y objetivos para periodos de planificación sanitaria posteriores.
- e) Identificar los problemas metodológicos en la elaboración del Plan, así como los problemas de aplicación de las acciones prioritarias propuestas.
- f) Proponer acciones correctoras para el mejor cumplimiento del objetivo general del Sistema de Salud de elevar el nivel de salud de todos los ciudadanos, de conformidad con los factores condicionantes que operen en cada momento.
- g) Prestar apoyo técnico en la coordinación de aquellas actuaciones que se desarrollen en el ámbito de la planificación sanitaria.
- h) Asesorar e informar a la Consejería competente en materia de Sanidad cuando sea requerida para ello.
- i) Elaborar de forma anual un informe de seguimiento y de forma bienal un informe de Evaluación del Plan de Salud, que elevará a la titular de la Consejería competente en materia de Sanidad.

SECCIÓN IV. DE LOS GRUPOS DE TRABAJO DE EXPERTOS

Artículo 22.- Designación de los Grupos de Trabajo de Expertos

1. Con carácter previo a la fase de determinación de objetivos y definición de líneas de actuación y programas a desarrollar, se formarán grupos de trabajo compuestos por expertos en las diferentes disciplinas incluidas en cada área de intervención, responsables de la redacción de los documentos relativos a las mismas.

2. El titular de la Consejería competente en materia de Sanidad nombrará, a propuesta de la Dirección General con competencia en materia de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, los expertos que formarán parte de los grupos de trabajo, con el objeto de determinar los objetivos y definir las líneas de actuación y los programas a desarrollar.

3. De entre ellos, se designará igualmente por el titular de la Consejería competente en materia de Sanidad, un coordinador encargado de dirigir las tareas encomendadas.

SECCIÓN V. DE LOS RESPONSABLES INSTITUCIONALES PARA EL SEGUIMIENTO DEL PLAN DE SALUD

Artículo 23.- Designación de los Responsables Institucionales para el seguimiento del Plan de Salud de Extremadura

1. A propuesta de la Dirección General con competencia en materia de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, el titular de la Consejería competente en materia de Sanidad designará responsables institucionales de entre los titulares de órganos y unidades administrativas de la Consejería de Sanidad y Dependencia y/o Servicio Extremeño de Salud con competencia y/o responsabilidad en las diferentes materias y áreas de intervención del Plan de Salud.

2. Corresponderá a los responsables institucionales encargados de la recopilación y el traslado de información relativa al desarrollo de las medidas de intervención y actuaciones propuestas en el Plan de Salud de Extremadura, a la Sección del Plan de Salud, tras su aprobación y durante el periodo de vigencia del mismo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo siguiente.

Artículo 24.- Funciones de los Responsables Institucionales para el seguimiento del Plan de Salud de Extremadura

Los responsables institucionales para el seguimiento desarrollarán las siguientes funciones:

- a) Informar de cuantas acciones se lleven a cabo para el desarrollo y consecución del Plan de Salud, siendo los encargados de actualizar la información relativa al desarrollo de las acciones propuestas en el mismo, ya sean estas actuaciones realizadas, o previstas y pendientes de realización, estableciéndose en cada momento, un adecuado control, seguimiento y evaluación del propio Plan de Salud.
- b) Recopilar toda la información relativa a las actividades y medidas de intervención propuestas para la consecución de los objetivos establecidos en el Plan de Salud, y de forma especial, de aquellos que le fueran asignados para su seguimiento.
- c) Trasladar anualmente, y cuando así se le requiera para ello, la información anteriormente aludida, a la Dirección General competente en materia de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias.
- d) Favorecer el cumplimiento de las funciones del Comité Técnico del Plan de Salud de Extremadura y de la Sección del Plan de Salud, en las tareas de elaboración, seguimiento y evaluación del Plan.
- e) Realizar cualesquiera otras funciones y actividades que se les encomiende por el organismo competente.

Artículo 25.- Requerimiento de información

El titular de la Consejería competente en materia de Sanidad, a través de la Dirección General con competencia en materia de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, podrá requerir, como mínimo una vez al año, la información correspondiente a cada uno de los responsables institucionales encargados de la recopilación y traslado de la información.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Única.- Queda derogado el Decreto 96/2004, de 15 de junio, por el que se establecen las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura, así como cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a este Decreto.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.- Se faculta al titular de la Consejería competente en materia de Sanidad para dictar cuantas disposiciones sean necesarias para la aplicación de lo establecido en este Decreto.

Segunda.- El presente Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el “Diario Oficial de Extremadura”.

Mérida, a 3 de julio de 2008.

El Presidente de la Junta de Extremadura,
GUILLERMO FERNÁNDEZ VARA

La Consejera de Sanidad y Dependencia,
MARÍA JESÚS MEJUTO CARRIL

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del Sida en España. Informe Semestral nº 2. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III; 2003.
- Consejería de Sanidad y Consumo. Encuesta de Salud de Extremadura; 2005.
- Consejería de Sanidad y Consumo. Evaluación de la Cartera de Servicios de Atención Primaria en el periodo 2001-2003.
- Consejería de Sanidad y Consumo. Informe de Salud Pública de Extremadura. Año 2003. Mérida: Junta de Extremadura; 2006.
- Consejería de Sanidad y Consumo. Registro de Mortalidad en Extremadura.
- Consejería de Sanidad y Consumo. Programas de Salud Escolar. Varios Años. Mérida: Junta de Extremadura; 2004.
- Conselleria de Sanidad. Prevención de los Trastornos causados por Déficit de yodo en Galicia. La sal yodada. Xunta de Galicia; 1999.
- Constitución Española. Madrid: Publicaciones del Congreso de los Diputados; 2002.
- Chaulk CP, Kazandjian VA, Vallejo P. Evaluación en salud pública: lecciones aprendidas de la gestión de la tuberculosis pulmonar. *Gac Sanit.* 2008;22(4):362-70.
- Davies JK, MacDonald G. Quality, evidence and effectiveness in health promotion. London: Routledge; 1998.
- Decreto 165/2000, de 27 de junio, por el que se crea el Consejo Asesor de Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura. DOE núm. 77, 4 de julio de 2000, p. 6877-6878.
- Decreto 163/2000, de 27 de junio, por el que se crea el Consejo Asesor de Inmunizaciones de Extremadura. DOE núm. 77, 4 de julio de 2000, p. 6873-6875.
- Escobar del Rey, F. Nuevos estudios sobre deficiencia de yodo en España. *Endocrinología* 1993; 40: 205-210.
- Escobar del Rey, F. Morreale de Escobar, G. Yodación universal de la sal: un derecho humano de la infancia. *Endocrinología* 1998; 45: 4-16.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Framework Action Plan to fight tuberculosis in the European Union. Stockholm: ECDC; 2008.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Pandemic influenza preparedness in the EU. Stockholm: ECDC; 2007.
- European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psych Scand* 2004; 109 Suppl 420: 1-64.
- Grupo de Estudios del Sida. Centro de Estudios Epidemiológicos sobre las ITS y el SIDA de Cataluña. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Guía de actuación para la profilaxis post-exposición no ocupacional al VIH. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
- Guerrero Martín J, Ruiz Muñoz E, Cantero Regalado AB, Ferrer Aguarales JL. Estudio sobre aspectos prioritarios de EpS en Extremadura. Mérida: Consejería de Sanidad y Consumo; 2006.
- Gusi N, Reyes MC, González-Guerrero JL, Herrera E, García JM. Cost-utility of a walking programme for moderately depressed, obese, or overweighted elderly women in primary care: a randomised controlled trial. *BMC Public Health.* 2008; 8:231.

- Gusi N, Prieto J, Forte D, Gómez I, González-Guerrero JL. Needs, interests, and limitations for the promotion of health and exercise by a web site for sighted and blind elderly y people: a qualitative exploratory study. *Educational Gerontology*. 2008; 34:449-461.
- Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMED-España. *Med Clin (Barc)* 2006; 126 (12): 442-451.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Mérida: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad Sanitarias; Años 2000-2007.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Boletín Epidemiológico de Extremadura. Vigilancia epidemiológica de la tuberculosis en Extremadura. Mérida: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad Sanitarias. 2008; IV(13): semanas 5-8.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad Sanitarias. Sistema de Información sobre Cáncer de Base Poblacional de Extremadura (SICaP) 2003-2005. Datos a fecha de 1 de septiembre de 2008 (informe interno).
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Mortalidad registrada en Extremadura y sus Áreas de Salud 2005. Mérida: Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad Sanitarias; 2007.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Plan de Acción para la Eliminación del Sarampión y la Rubéola en Extremadura 2008-2010. Mérida: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad Sanitarias.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Plan de Humanización de la Atención Sanitaria 2007-2013. Mérida: Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias; 2007.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Plan Integral contra el Cáncer en Extremadura 2007-2011. Mérida: Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias; 2007.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Plan Integral de Diabetes 2007-2012. Mérida: Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias; 2007.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura 2007-2012. Mérida: Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias; 2007.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Plan de Salud de Extremadura 2005-2008. Mérida: Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias; 2005.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en Extremadura. Mérida: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad Sanitarias; 2007.

- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Registro Autonómico de SIDA. Vigilancia epidemiológica del SIDA y las nuevas infecciones por VIH. Estudio descriptivo del SIDA y de las nuevas infecciones por VIH en Extremadura; 2007.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Sistema Centinela de Infecciones de Transmisión Sexual en Mujeres de la Comunidad Autónoma de Extremadura; 2007.
- Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura. DOE núm. 76, 3 de julio de 2001, p. 7288-7312. Boletín Oficial del Estado, núm. 177, 25 de julio de 2001, p. 27021-27039.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, 29 de abril de 1986, p. 15207-15227.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 126, 29 de mayo de 2003, p. 20567-20588.
- Ley 2/1990, de 26 de abril, de Salud Escolar de Extremadura. DOE núm. 43, 31 de mayo de 1990, p. 895-901. Boletín Oficial del Estado, núm. 282, 24 de noviembre de 1990, p. 34928-34931.
- Ley Orgánica 1/1983, de 25 de febrero, del Estatuto de Autonomía de Extremadura. BOE núm. 49, 26 de febrero de 1983, p. 5580-5586.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia NAOS. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria; 2005.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Evaluación de la efectividad de tecnologías para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III; 2002.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Formación en Promoción y Educación para la Salud. Madrid: Secretaría General Técnica; 2003.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia Epidemiológica del VIH en España. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA. Periodo 2003-2006. Madrid: Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Centro Nacional de Epidemiología; 2007.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud. Madrid: UIPES; 2000.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el SIDA España 2008-2012. Madrid: Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA; 2007.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Propuesta de Plan para la Prevención y Control de la Tuberculosis en España. Madrid; 2007.
- Morande G, Celada J, Casas J. Prevalence of Eating Disorders in a Spanish School-Age Population. *J Adolesc Health* 1999; 24: 212-219.
- Murray CJL, Lopez AD. The Global Burden of Disease: a comprehensive assesment of mortality ans disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and prejected to 2020. Cambridge: Harvard University Press; 1996.
- National Patient Safety Agency. Siete pasos para la seguridad del paciente en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
- ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008. Ginebra: ONUSIDA; 2008.
- Organización de Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos del Niño. Asamblea General de Naciones Unidas. Resolución 1386 (XIV) de 20 de noviembre de 1959.

- Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Ottawa, Canadá, 17-21 de noviembre de 1986. Ginebra: OMS; 1986.
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de Ottawa sobre Promoción de la Salud. Ginebra: OMS; 1986.
- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006-2015; 2006.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía Práctica. 2ª ed. Ginebra; 2003.
- Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud: Glosario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
- Organización Mundial de la Salud. Salud para Todos en el Siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
- Organización Mundial de la Salud. World Health Organization. Bacteria and Biologicals, Biennial report 2000-2001. Geneva, Switzerland; 2003.
- Rodríguez-Cano T, Beato-Fernández L, Belmonte-Llario A. New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: detection of false negatives. *Eur J Psychiatry* 2005; 20: 173-178.
- Ruiz Muñoz E, Ferrer Aguarales JL, Villa Andrada, JM, Cantero Regalado AB, Guerrero Martín J, Gago Frutos I. La Educación para la Salud en Extremadura: una aproximación a la planificación estratégica. *Salud 2000*. 2006; 108:13-19.
- Ruiz Muñoz E, Ferrer Aguarales JL, Iglesias Sánchez ME. Prevención de la Obesidad y de la Diabetes Mellitus tipo 2. Mérida: Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura; 2006.
- Ruiz Muñoz E. Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura como garantía de Salud. *Consumidorex*. 2008; 41: 12-13.
- Salleras L. Vacunaciones Preventivas. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
- Sánchez-Vega J, Escobar del Rey F, Fariñas-Seijas H, Morreale de Escobar, G. Inadequate iodine nutrition of pregnant women from Extremadura (Spain). *European Journal of Endocrinology*. 2008; 159: 439-445.
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en los Hospitales Españoles- EPINE - 2007. 18º Informe; 2007.
- Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud (Parte I y II). Vanves: IUHPE; 1999.
- Villa Andrada JM, Ruiz Muñoz E, Ferrer Aguarales JL. Antecedentes y Concepto de Educación para la Salud. Mérida: Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura; 2006.
- Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 2005; 15(4): 357-376.
- World Health Organization. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?. Copenhagen: Who Regional Office for Europe; 2006.

4. ABREVIATURAS UTILIZADAS

AESAN: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición
ANGED: Asociación Nacional de Grandes Empresas de Distribución
APPCC: Análisis de Peligros y Puntos de Control Crítico
APVP: Años Potenciales de Vida Perdidos
ARBio: Exposiciones Accidentales con Riesgo Biológico de origen laboral
ASEDAS: Asociación Española de Distribución, Autoservicios y Supermercados
AT: Accidente de Trabajo
AUPEX: Asociación de Universidades Populares de Extremadura
AVC: Accidentes Cerebrovasculares
BA: Badajoz
BIR: Biólogo Interno Residente
BOE: Boletín Oficial del Estado
BPH: Buenas Prácticas Higiénicas
CADEX: Centro de Atención a la Discapacidad de Extremadura
CAE: Comunidad Autónoma de Extremadura
CAT: Centros Autorizados para el Tratamiento de vehículos al final de su vida útil
CC: Cáceres
cc.: Complicación
CCAA: Comunidades Autónomas
CCU-112: Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de Extremadura - 112
CDM: Categorías Diagnósticas Mayores
CE: Comisión Europea
CEDEX: Centro de Atención a las Drogodependencias
CEDI: Centro Extremeño de Desarrollo Infantil
CES: Consejo Extremeño de Salud
CFC: Comisión de Formación Continuada
CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades
CISNS: Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos
CO: Coria
COF: Centro de Orientación Familiar
COP: Compuestos Orgánicos Persistentes
CPAP: Presión Positiva Continua de la Vía Aérea.
CPR: Centros de Profesores y Recursos
CREATO: Cruz Roja de Atención al Toxicómano
CRP: Centro de Rehabilitación Psicosocial
CS: Centro de Salud
CSD: Consejería de Sanidad y Dependencia
CO: Coria

DADO: Detección de Accidentes Domésticos y de Ocio
DB: Don Benito-Villanueva de la Serena
DCS: Daño Cerebral Sobvenido
DDD: Dosis Diarias Definidas
DGT: Dirección General de Tráfico
DHD: Dosis Habitante Día
DM: Diabetes Mellitus
DM2: Diabetes Mellitus tipo 2
DOCE: Diario Oficial de la Unión Europea
DOE: Diario Oficial de Extremadura
EAP: Equipo de Atención Primaria
ECA: Equipo de Conductas Adictivas
ECP: Equipos de Cuidados Paliativos
EDADES: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España
EDO: Enfermedad de Declaración Obligatoria
EEB: Encefalopatía Espongiforme Bovina
EECS: Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud
EEPP: Enfermedades Profesionales
EET: Encefalopatía Espongiforme Transmisible
EFG: Especialidades Farmacéuticas Genéricas
EFSA: Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria
EM: Estancia Media
EMEpS: Equipos Multidisciplinares de Educación para la Salud
EPA: Encuesta de Población Activa
EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EpS: Educación para la Salud
ER: Enfermedades Raras
ERC: Enfermedades Respiratorias Crónicas
ERT: Enfermedades Relacionadas con el Trabajo
ERTRS: Enfermos Renales en Tratamiento Renal Sustitutivo
ESCRI: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado
ESEMED: European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
ESM: Equipo de Salud Mental
ESO: Educación Secundaria Obligatoria
ESTUDES: Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias
ETAP: Estación de Tratamiento de Agua Potable
EURDEP: European Radiological Data Exchange Platform
EVN: Esperanza de Vida al Nacer
FEDER: Federación Española de Enfermedades Raras
FEMPEX: Federación Extremeña de Municipios y Provincias de Extremadura
FIAB: Federación Española de Industrias Alimentarias y Bebidas

FIR: Farmacéutico Interno Residente
FITSA: Fundación del Instituto Tecnológico para la Seguridad Vial
FP: Formación Profesional
FUNDESALUD: Fundación para la Formación y la Investigación de los Profesionales de la Salud de Extremadura
GBD: Global Burden of Disease
GRD: Grupos Relacionados con el Diagnóstico
H: Hospital
HCDSNS: Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud
H.P.: Hospitales Psiquiátricos
IAM: Infarto Agudo de Miocardio
I+D+i: Investigación, Desarrollo e Innovación
I+DT+i: Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación
IIS: Instituto de Información Sanitaria
IMEX: Instituto de la Mujer de Extremadura
INC: Instituto Nacional de Consumo
INE: Instituto Nacional de Estadística
INSALUD: Instituto Nacional de la Salud
INSIA: Instituto Universitario de Investigación del Automóvil
ITS: Infección de Transmisión Sexual
IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo
LL: Llerena-Zafra
MADEX: Marco de Atención a la Discapacidad de Extremadura
ME: Mérida
MER: Material Específico de Riesgo
MIR: Médico Interno Residente
MPS: Múltiples Parejas Sexuales
Nº: Número
N.C.: No Contesta
NV: Navalmoral de la Mata
OIE: Organización Mundial de la Salud Animal
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONCE: Organización Nacional de Ciegos de España
ONG: Organización No Gubernamental
PAC: Punto de Atención Continuada
PACAR: Punto de Atención Continuada de Alta Resolución
PAD: Punto de Atención a Drogodependencias
PADDI: Plan de Atención Dental al Discapacitado Intelectual
PADIEX: Plan de Atención Dental Infantil de Extremadura
PARRL: Plan de Actuación en Prevención de Riesgos Laborales de Extremadura
PCB: Bifenilos Policlorados

PDMCM: Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama
PHAS: Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del SSPE
PIB: Producto Interior Bruto
PICA: Plan Integral contra el Cáncer de Extremadura
PIDCA: Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas
PIDEX: Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo
PIDIA: Plan Integral de Diabetes de Extremadura
PIEC: Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares
PIER: Plan Integral de Enfermedades Raras
PIGE: Programas de Igualdad de Género en el Empleo
PISM: Plan Integral de Salud Mental
PL: Plasencia
PLAMSA: Plan Marco de Seguridad Alimentaria de Extremadura
PLISALAB: Plan Integral de Salud Laboral
p.m.p.: Por Millón de Población
PMEpS: Plan Marco de Educación para la Salud
PMSM: Plan Marco de Salud Medioambiental
PNIR: Plan Nacional de Investigación de Residuos
PRCPEX: Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura
PSE: Plan de Salud de Extremadura
RD: Real Decreto
REACH: Registro, Evaluación, Autorización y Restricción de Sustancias y Preparados Químicos.
RExEPS: Red Extremeña de Escuelas Promotoras de Salud
REPICA: Red Extremeña de Protección e Investigación de la Calidad del Aire
RMN: Resonancia Magnética Nuclear
ROESP: Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Plaguicidas
SAHS: Síndrome de Apneas-Hipopneas durante el Sueño
SCIRI: Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información
SCOPA: Servicios de Control Oficial de Productos Alimenticios
SEEDO: Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad
SEMREpS: Servicio de Envío de Materiales Relacionados con la Educación para la Salud
SEPAD: Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia
SES: Servicio Extremeño de Salud
SEXPE: Servicio Extremeño Público de Empleo
SIAP: Sistema de Información de Atención Primaria
SICaP: Sistema de Información de Base Poblacional sobre el Cáncer
Sida: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIERTRS: Sistema de Información de Enfermedades Renales en Tratamiento Sustitutivo de la Comunidad Autónoma de Extremadura
SIM: Sistema de Información Microbiológica
SINAC: Sistema de Información Nacional de Aguas de Consumo

SINVIH: Sistemas de Información de Nuevas Infecciones por VIH
SIRIPQ: Sistema de Intercambio Rápido de Información de Productos Químicos
SISLE: Sistema de Información de Listas de Esperas
SNC: Sistema Nervioso Central
SNS: Sistema Nacional de Salud
SSPE: Sistema Sanitario Público de Extremadura
SUH: Servicio de Urgencia Hospitalaria
TBC: Tuberculosis
TCE: Traumatismos Craneoencefálicos
TDY: Trastornos por Deficiencia de Yodo
TER: Técnico Especialista en Radiología
TMI: Transmisión Materno Infantil
TS: Tarjeta Sanitaria
TSI: Tarjeta Sanitaria Individual
UAM: Unidad de Atención a la Mujer
UBD: Unidad de Biblioteca y Documentación de la EECS
UCI: Unidad de Cuidados Intensivos
UDIs: Usuarios de Drogas Inyectadas
UE: Unión Europea
UEX: Universidad de Extremadura
UME: Unidad Medicalizada de Emergencias
USBD: Unidad de Salud Bucodental
VAB: Valor Añadido Bruto
VECJ: Variante de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob
VHB: Virus Hepatitis B
VHC: Virus Hepatitis C
VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VIR: Vehículo de Intervención Rápida
VPH: Virus del Papiloma Humano
VVA: Villanueva

5. COLABORADORES

5.1 COMITÉ TÉCNICO DEL PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA 2009-2012

5.2 CONSEJO EXTREMEÑO DE SALUD

5.3 CONSEJO CIENTÍFICO-ASESOR DEL SSPE

5.4 GRUPOS DE TRABAJO DE EXPERTOS

ACCIDENTES Y VIOLENCIAS

Alonso Santillana, M. Gema
 Amador Galván, Manuel
 Amor Muñoz, María José
 Bartivas Cerezo, Sonia M.
 Calvo Chacón, Francisco J.
 Casado Blanco, Mariano
 García Ortiz, Jesús Miguel

García Trigo, M. Isabel
 Iglesias Gaspar, M. Teresa
 Jiménez Salgado, M. Isabel
 Macías Pérez, M. Teresa
 Ortega Rodríguez, Milagrosa
 Pamo Serrano, Manuel
 Pérez Camisón, Ana M.

Pérez Castán, José F.
 Prado Morales, Serafín
 Rodríguez Llanos, Raquel
 Suárez González, Félix
 Terrón González, José L.
 Toro Fanego, Mariano
 Zarallo Barbosa, Tomás

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Álvarez Díaz, M. Mar
 Amador Galván, Manuel
 Arias Senso, Adolfo
 Brioso Jerez, Aurora
 Cáceres Ruiz, Francisco L.
 Campos Acedo, Rosa M.
 Cebrián Ordiales, Clarenio J.
 Cordón Arroyo, Ana M.
 Domínguez Trstancho, Daniel
 Fernández Plasencia, Amalia
 Ferrer Agualeles, José Luis
 González Tovar, Gema

Granado Rico, Eva
 Higuero García de Guadiana, M.J.
 Iglesias Gaspar, M. Teresa
 Macías Pérez, M. Teresa
 Molina Alén, Estefanía
 Molina Barragán, Eugenio
 Molinero San Antonio, Eva M.
 Montero Correa, Quintín
 Montes Salas, Gregorio
 Prieto Acero, Matilde
 Ramos Aceitero, Julián M.
 Rebollo Vela, Manuela

Rocafort Gil, Javier
 Ruiz Muñoz, Eulalio
 Sánchez Pablos, M. José
 Sánchez Robles, Galo A.
 Simón Expósito, Miguel
 Suárez Quevedo, Obdulia
 Tomé Pérez, Yolanda
 Vas Falcón, Antonia M.
 Vázquez Mateos, Julio
 Zarallo Barbosa, Tomás

CÁNCER

Aranda Bellido, Fuensanta	Groiss Buiza, Jorge	Ramos Aceitero, Julián M.
Borrega García, Pablo	López García, Rosa	Ramos Jiménez, M. Asunción
Cortés Mancha, Mercedes	Montero Álvarez, José L.	Sánchez de Cos Escuin, Julio
Deira Lorenzo, Javier L.	Mota Vargas, Rafael	Solano López, Francisco
Galán Sánchez, José M.	Muñoz García, Julia L.	Vagace Valero, José M.
Gómez Martínez, M. Carmen	Pajuelo Morán, José M.	

DROGODEPENDENCIAS Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS

Barragán Rodríguez, Manuel	Llera Alonso, Guadalupe	Rodríguez Martínez, M. Pilar
Berrocoso López, Javier	Luque Oteros, Antonio	Santos Cansado, José A.
Boticario Villarroel, M. Victoria	Montero Correa, Quintín	Vas Falcón, Antonia M.
Donaire Rodríguez, Pedro	Moreno Sánchez, M. Rosario	Vázquez Fernández, Urbano
Fernández Arroyo, M. Mar	Reviriego Polo, Román	

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Aguirre Sánchez, José J.	Hormeño Bermejo, Rosa M.	Ramírez Moreno, José M.
Brioso Jerez, Aurora	López Mínguez, José R.	Robles Pérez, Roberto
Collado Bueno, Gabriel	Marcos Gómez, Gonzalo	Sáenz Aranzubía, Pedro
Comellas Nicolás, Manuel	Merchán Herrera, Antonio	Vegas Jiménez, Tomás
Deira Lorenzo, Javier L.	Molina Barragán, Eugenio	
Fernández-Berges Gurrea, D.	Perales Piqueres, Ernesto	

ENFERMEDADES ENDOCRINOMETABÓLICAS

Abaurrea Ortiz, Pilar	López Gómez, M. José	Pérez Escanilla, M. Eugenia
Berjano Murga, Nieves	Manzano Alonso, M. Isabel	Suero Villa, Pedro
Carramiñana Barrera, Fco.	Martín Hermoso, M. Puerto	Tomé Pérez, Yolanda
Enciso Izquierdo, Fidel J.	Morales Pérez, Francisco M.	
Igual Fraile, Dimas	Parra Barona, Juan	

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Álvarez Díaz, M. Mar	Cortés Mancha, Mercedes	Nieto Muñoz-Casillas, M.
Ayala Jiménez, José M.	Dávila Dávila, Pilar	Pascua Molina, Fco. J.
Bautista Bueno, M. Encarnación	Díaz Pérez, Félix	Pérez Avilés, Santiago
Bejarano Cebrián, Anastasia	Gómez García, Antonio C.	Ruiz Muñoz, Eulalio
Cabrera Gómez, Juliana	Jiménez Matas, Antonio	Villa Andrada, José María
Cerrillo Cruz, Antonio A.	Muñoz Sanz, Agustín	Zarallo Cortés, Luis

ENFERMEDADES RARAS

Anes del Amo, M. Yolanda	Galán Gómez, Enrique	Ramos Aceitero, Julián M.
Botejara Sanz, Amparo	García Bazaga, M. Ángeles	Ramos Jiménez, M. Asunción
De la Fuente Gómez, Margarita	García Fernández, Juan	Remón Álvarez-Arenas, J.M.
De la Osa Sánchez, Ana B.	Luna Giles, María Fernanda	Sánchez Martínez, M. José
Deira Lorenzo, Javier L.	Molinero San Antonio, Eva M.	

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS

Alonso Núñez, M. Carmen	García de Vinuesa Broncano, G.	Ramajo Pavo, Ana I.
Barquero Romero, José	Hernández Pachón, M. Ángeles	Sánchez Montero, M. Belén
Bermudo Benito, Ezequiel	Márquez Pérez, Francisca L.	Sojo González, Manuel A.
Fernández Ochoa, Gerardo	Masa Jiménez, Juan F.	
Fuentes Otero, Fernando	Molinero San Antonio, Eva M.	

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Antúñez Horcajo, Raúl	Guerrero Martín, Jorge	Risco Santiago, Encarna
Aránguez Ruiz, Aránzazu	Meireces Da Silva G. Ribeiro, J.N.	Sánchez Margallo, Fco. M.
Brioso Jerez, Fernando	Montes Salas, Gregorio	Sánchez Ortega, Miguel
Casado Medina, M. Ángeles	Moreno Romero, Francisco J.	Suárez Quevedo, Obdulia
Domínguez Polo, Inocencia	Palomo Cobos, Luis	Zamorano Quirantes, José
Galán Macías, Carmen	Pérez Castán, José F.	
Gavilán Moral, Enrique	Postigo Mota, Salvador	

ORGANIZACIÓN SANITARIA. MODELO INTEGRADO DE SALUD

Alonso Núñez, Vicente	García Muñoz, Félix	Rodríguez Benítez-Cano, R.
Aparicio Jabón, Pedro	Gómez García, Carlos	Ruiz Muñoz, Eulalio
Arias Senso, Adolfo	González González, Eulogio	Sánchez Peña, Ana Gema
Bejarano Bueno, Andrés	Higuero García de Guadiana, M.J.	Sánchez-Porro Parejo, Arturo
Bravo Cañadas, Víctor	Iglesias Sánchez, José María	Sancho Caballero, Gabriel
Campón Durán, Juan Carlos	Jiménez Rodríguez, Manuel	Vázquez Mateos, Julio
Cebrián Ordiales, Clarenco J.	Malpica Castañón, Santiago	Vergeles Blanca, José María
Delgado Mateos, Federico	Molinero San Antonio, Eva M.	Villa Mínguez, Dámaso
Fernández Tardío, Manuel E.	Prieto Baltasar, M. Eugenia	Villanueva Rebollo, Emilio
Ferrer Agualeles, José Luis	Ramos Rego, M. Carmen	Zarallo Barbosa, Tomás
Franco Rubio, Ceciliano	Robledo Andrés, Pilar	

PROMOCIÓN DE LA SALUD. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Albano Casademunt, Darío	Gusi Fuentes, Narcis	Morales Lomas, José J.
Cantero Regalado, Ana B.	Iglesias Sánchez, José María	Núñez Blanco, José María
Gil González-Haba, María	Malpica Castañón, Santiago	Pérez Escanilla, M. Eugenia
Granero Gallardo, Ángel	Marín Ruiz, Helena	Ruiz Muñoz, Eulalio
Guerrero Martín, Jorge	Martín Parada, José Antonio	Villa Andrada, José María

SALUD LABORAL

Alonso Núñez, Fermín	Fernández García, José A.	Sánchez-Satrústegui Fdez., J.F.
Barriga Medina, Francisco J.	Fernández Segura, José M.	Sereno Martínez, Manuel
Briz Blázquez, Santiago	González Martos, José J.	Serrano Ponz, Soledad
Campos Acedo, Rosa M.	Muñoz Muñoz, Ángel	Vázquez Mateos, Julio
Correa Galindo, Gonzalo	Peromarta Ramos, Carmen	Viciano Clemente, Javier

SALUD MEDIOAMBIENTAL

Acedo Grande, M. Soledad	Esteban Ortega, Bernabé	Lemus Prieto, Juan F.
Bejarano Cebrián, Anastasia	Fernández Carrillo, Domingo	Pinilla Gil, Eduardo C.
Bernal Javato, M. Luz	Fernández Plasencia, Amalia	Ramos Rego, M. Carmen
Blanco Aretio, Matilde	Guervos Sánchez, Carmen	Rodríguez Gómez, Jerónimo

SALUD MENTAL

Benavente Miguel, Ana M.	López Vinuesa, Beatriz	Pelaz López, Sara
Cabrera Herrera, Asunción	Lusilla Rausa, Blanca	Silvestre García, Margarita
Elvira Peña, Leopoldo	Manzano Alonso, Juliana	Simón Expósito, Miguel
López Rodríguez, M. Isabel	Marco Mateos, Vanesa	Vaz Leal, Francisco

SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL ESTADO DE SALUD SALUD DE LA MUJER

Berjano Murga, Nieves	García Malpartida, Juan F.	Parra Loza, Juan José
Busto Arenas, Javier	Granado Rico, Eva	Peinado Rodríguez, M. Teresa
Cantero Regalado, Ana B.	Hurtado Marcos, Encarnación	Peral Baena, Lidia
Cordón Arroyo, Ana M.	López García, Rosa	Rodríguez Marco, Rosa M.
Cruz-Sagredo García, M.	Molina Alén, Estefanía	
Fernández Guerra, Virginia	Morán Canelo, Manuela	

SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL ESTADO DE SALUD SALUD DEL ADULTO Y SALUD DEL MAYOR

Amador Galván, Manuel	Galindo Toval, Francisca	Pérez Escanilla, Fernando
Ayala Jiménez, José Miguel	González Guerrero, José Luis	Robledo González, Fátima
Barragán Gómez-Coronado, V.	Llopis Pérez, Azucena	Sabido Cinta, Antonia
Dávila Dávila, María José	Molina Alén, Estefanía	Sánchez-Paniagua Moreno, R.
Galindo Prieto, Manuel	Mora García, María Teresa	

SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL ESTADO DE SALUD SALUD INFANTIL Y ADOLESCENTE

Aparicio Jabón, Pedro	Guerrero Martín, Jorge	Pérez Rodríguez, Leandra
Franco Navarro, Miguel Á.	Hueros Ayuso, Soledad	Remón Álvarez-Arenas, J.M.
Galán Gómez, Enrique	Molina Alén, Estefanía	Rueda García, Jesús
García Gallego, Francisco	Núñez Cumplido, Carmen	Sánchez Alarcón, Francisco J.
González Tovar, Gema	Paz Azcárate, José Luis	Santos Gómez, Matilde
Granado Rico, Eva	Pérez Escanilla, M. Eugenia	Trinidad Ramos, Germán

SEGURIDAD ALIMENTARIA Y CONSUMO SALUDABLE

Amaro de Tena-Dávila, Manuel	Gómez Encinas, Jesús M.	Ruiz García, M. José
Arias Senso, Adolfo	González González, Eulogio	Sancho Caballero, Gabriel
Asensio Pérez, Miguel Á.	González Ruibal, Lidia	Sanz Jiménez, Cristina
Carnero Varo, Juan	Mata Ayuso, Ricardo	Ventanas Barroso, Jesús
Chaves Sánchez, Jesús A.	Pavón Fernández, Inés M.	
García Muñoz, Félix M.	Pozo Vera, José	

SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA

Benegas Capote, Juan	Iglesias Gaspar, M. Teresa	Rojas Moreno, Rafael
Cáceres Ruiz, Francisco	Ortega Lucas, Enrique	Sosa Sánchez, Ramón
Cebrián Ordiales, Clarenco J.	Pélaez Vega, Claudio	Thovar Bermejo, Santiago
Cordón Arroyo, Ana María	Peral Pacheco, Diego	Zarallo Barbosa, Tomás
Curiel Portalatín, Javier	Pérez García, Blanca	
Fernández Simón, Carlos	Ramos Aceitero, Julián M.	

ZOONOSIS

Arias Senso, Adolfo	González González, Eulogio	Reyes Galán, Aurelia
Bielsa Principe, Javier	Habela Martínez-Estélez, M.Á.	Sanz Jiménez, Cristina
Calero Carretero, Rafael	Hermoso de Mendoza Salcedo, J.	Tato Jiménez, Ángel
Galván Pérez, Manuel	Montes Martínez, Isaías	Vázquez Somoza, M. Elena
García Muñoz, Félix M.	Píriz Martínez, Isabel	

5.5 SECCIÓN DEL PLAN DE SALUD

Amador Galván, Manuel	Molina Alén, Estefanía	Tomé Pérez, Yolanda
-----------------------	------------------------	---------------------

5.6 EQUIPO DE REDACCIÓN, COORDINACIÓN Y CORRECCIÓN

Amador Galván, Manuel	Iglesias Gaspar, María Teresa	Ruiz Muñoz, Eulalio
Cordón Arroyo, Ana María	Molina Alén, Estefanía	Tomé Pérez, Yolanda
Ferrer Aguarales, José Luis	Molina Barragán, Eugenio	Zarallo Barbosa, Tomás
Granado Rico, Eva	Molinero San Antonio, Eva María	

6. OTROS PARTICIPANTES

ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA

Consejería de Administración Pública y Hacienda
Consejería de Agricultura y Desarrollo Rural
Consejería de Educación
Consejería de Fomento
Consejería de Igualdad y Empleo
Consejería de Industria, Energía y Medio Ambiente
Consejería de los Jóvenes y el Deporte
Consejo de Comunidades Extremeñas
Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura

ADMINISTRACIÓN CENTRAL

Delegación del Gobierno de Extremadura
Delegación del Gobierno. Área Funcional de Agricultura
Delegación del Gobierno. Área Funcional de Industria y Energía
Delegación del Gobierno. Área Funcional de Sanidad
Delegación del Gobierno. Área Funcional de Trabajo y Asuntos Sociales
Subdelegación del Gobierno de Extremadura (Badajoz)
Subdelegación del Gobierno de Extremadura (Cáceres)
Jefatura Provincial de Tráfico de Badajoz. Ministerio del Interior
Jefatura Provincial de Tráfico de Cáceres. Ministerio del Interior
Confederación Hidrográfica del Guadiana. Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino
Confederación Hidrográfica del Tago. Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino

ADMINISTRACIÓN LOCAL

Excma. Diputación Provincial de Badajoz
Excma. Diputación Provincial de Cáceres
Federación de Municipios y Provincias de Extremadura (FEMPEX)

ASOCIACIONES Y FEDERACIONES RELACIONADAS CON LA SALUD

Asociación AFAL
Asociación Calma de Ayuda a Personas con TDAH
Asociación de Celiacos de Extremadura
Asociación de Deficientes Auditivos de Badajoz (ADABA)
Asociación de Enfermos Metabólicos y Fenilcetonúricos de Extremadura
Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y Demencias Seniles
Asociación de Fibromialgia de Extremadura

Asociación de Laringectomizados de Extremadura
Asociación de Niños con Déficit de Atención e Hiperactividad de Cáceres
Asociación de Padres de Niños Autistas de Badajoz
Asociación en Defensa del Tratamiento de los Trastornos Alimentarios de Extremadura
Asociación Española de Lesionados Medulares
Asociación Española contra el Cáncer (Badajoz)
Asociación Española contra el Cáncer (Cáceres)
Asociación Extremeña contra la Anorexia y la Bulimia
Asociación Extremeña contra la Fibrosis Quística
Asociación Extremeña de Alérgicos al Látex
Asociación Extremeña de Esclerosis Múltiple
Asociación Extremeña de Jugadores de Azar en Rehabilitación (AEXJER)
Asociación Extremeña de Pacientes con Espondilitis
Asociación Extremeña de Padres para la Integración de Badajoz
Asociación para la Donación de Médula Ósea
Asociación para la Lucha contra las Enfermedades Renales (Badajoz)
Asociación para la Lucha contra las Enfermedades Renales (Cáceres)
Asociación Oncológica Extremeña
Asociación Parkinson de Extremadura
Asociación Pro Enfermos contra el Dolor de Badajoz
Comité Ciudadano Antisida (CAEX)
Comité Entidades Representantes de Personas con Discapacidad de Extremadura (CERMI)
Cruz Roja Española-Comité Autonómico de Extremadura
Federación de Alcohólicos Rehabilitados Extremeños (FALREX)
Federación de Asociaciones de Alzheimer de Extremadura
Federación de Asociaciones de Diabéticos de Extremadura
Federación Española de Enfermedades Raras. Delegación de Extremadura
Federación Extremeña de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental
Federación Extremeña de Atención al Drogodependiente (FEXAD)

COLEGIOS PROFESIONALES

Colegio Nacional de Ópticos-Optometristas de España. 1ª Delegación Regional
Colegio Oficial de Biólogos de Extremadura
Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Badajoz
Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Cáceres
Colegio Oficial de Enfermería de Badajoz
Colegio Oficial de Enfermería de Cáceres
Colegio Oficial de Farmacéuticos de Badajoz
Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cáceres
Colegio Oficial de Médicos de Badajoz
Colegio Oficial de Médicos de Cáceres
Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Extremadura
Colegio Oficial de Podólogos de Extremadura

Colegio Oficial de Psicólogos de Extremadura
Colegio Oficial de Veterinarios de Badajoz
Colegio Oficial de Veterinarios de Cáceres

ORGANIZACIONES SINDICALES

Central Sindical Independiente de Funcionarios (CSI-CSIF)
Convergencia Estatal de Sindicatos Médicos y Sindicato de Enfermería (CEMSATSE)
Comisiones Obreras (CC.OO.)
Unión General de Trabajadores (UGT)

OTRAS ASOCIACIONES E INSTITUCIONES

Confederación Católica de Padres de Alumnos (CONCAPA Extremadura)
Confederación Regional Empresarial Extremeña (CREES)
Federación de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios (FEACCU)
Federación Regional Extremeña Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos de Centros Públicos (FREAPA)
Unión de Consumidores de Extremadura (UCE)

SOCIEDADES Y ASOCIACIONES CIENTÍFICAS

Asociación Amigos de la Historia de la Medicina de Extremadura
Asociación Científica Médica Coloquios Médicos Quirúrgicos de Zafra
Asociación de Analistas Clínicos de Extremadura (ANCLEX)
Asociación de Matronas Extremeñas (AMEX)
Asociación de Médicos Especialistas en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor
Asociación de Radiólogos de la Región Centro, Delegación de Extremadura (Arc) Seram
Asociación de Reumatología Extremeña
Asociación de Riesgo Cardiovascular de Extremadura
Asociación de Técnicos Radiólogos de Extremadura (ATREX)
Asociación Extremeña de Historia de La Veterinaria
Asociación Extremeña de Informática Sanitaria (AEXIS@)
Asociación Extremeña de Neuropsiquiatría (AEXN)
Asociación Extremeña de Planificación Familiar y Sexualidad
Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública
Asociación Profesionales Cuidados Paliativos y Atención Paciente Fase Terminal (APALEX)
Asociación Profesional de Inspección de Servicios Sanitarios y Prestaciones de Extremadura
Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Extremadura (AEXTO)
Sociedad de Alergología e Inmunología Clínica de Extremadura
Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Extremadura (SEFYCEX)
Sociedad de Microbiología Clínica Extremeña
Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura
Sociedad de Urología de la Comunidad Extremeña
Sociedad Extremeña de Infectología (SEI)
Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)
Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias en Extremadura (SEMES)

Sociedad Extremeña de Anatomía Patológica
Sociedad Extremeña de Atención Farmacéutica Especializada (SEAFE)
Sociedad Extremeña de Cancerología
Sociedad Extremeña de Cardiología
Sociedad Extremeña de Cirugía (SECIR)
Sociedad Extremeña de Dermatología
Sociedad Extremeña de Endocrinología y Nutrición (SEDEN)
Sociedad Extremeña de Hematología y Hemoterapia
Sociedad Extremeña de Hipertensión Arterial (SEXHTA)
Sociedad Extremeña de Inmunología (SINEX)
Sociedad Extremeña del Aparato Respiratorio (SEAR)
Sociedad Extremeña de Medicina Familiar y Comunitaria (SEXMFYC)
Sociedad Extremeña de Medicina Física y Rehabilitación (SEMFYR)
Sociedad Extremeña de Medicina General (SEMG)
Sociedad Extremeña de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)
Sociedad Extremeña de Medicina Interna
Sociedad Extremeña de Medicina Nuclear
Sociedad Extremeña de Nefrología (SENEF)
Sociedad Extremeña de Neurocirugía
Sociedad Extremeña de Neurología (SEXNE)
Sociedad Extremeña de Oftalmología (SEOF)
Sociedad Extremeña de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial
Sociedad Extremeña de Profesionales para el Abordaje de Tabaquismo (SEPAT)
Sociedad Extremeña de Traumatología y Cirugía Ortopédica
Sociedad Independiente de Neurocirugía Extremeña (SINEX)
Sociedad Médica Extremeña de Admisión y Documentación (SADMEX)
Sociedad Médica para las Adicciones y Patologías Asociadas de Extremadura (SOMAPAEX)
Sociedad Oncológica Extremeña

UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital Infanta Cristina
Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional de Cáceres
Escuela Universitaria de Enfermería del Centro Universitario de Mérida
Escuela Universitaria de Enfermería "Nuestra Señora del Puerto"
Escuela Universitaria de Podología del Centro Universitario de Plasencia
Facultad de Biología (Facultad de Ciencias)
Facultad de Ciencias del Deporte
Facultad de Educación
Facultad de Formación del Profesorado
Facultad de Informática (Escuela Politécnica)
Facultad de Medicina
Facultad de Medicina. Escuela Universitaria de Fisioterapia
Facultad de Medicina. Escuela Universitaria de Enfermería
Facultad de Veterinaria
Escuela Universitaria de Formación del Profesorado "Santa Ana"
Rectorado de la Universidad de Extremadura

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia

