

# Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Estrategias y acciones destacables

Comunidad Autónoma de  
Castilla y León





# Índice

<b>Resumen</b>	3
<b>1 Salud Pública: prevención y ordenación</b>	7
1.1 Calendario vacunal	7
1.2 Nueva regulación de la atención farmacéutica continuada de las oficinas de farmacia	8
1.3 Controles de exportación de productos alimenticios	8
<b>2 Asistencia sanitaria</b>	11
2.1 Recursos y actividad en asistencia sanitaria	11
2.2 Una atención primaria reforzada	12
2.2.1 Datos de atención primaria destacados	12
2.2.2 Gerencias integradas de atención primaria y especializada	13
2.2.3 Impulso de Unidades de Diagnóstico Rápido - UDR	13
2.3 Un cambio de paradigma: Estrategia del paciente crónico	14
2.3.1 Unidades de Convalecencia Sociosanitaria -UCSS	16
2.3.2 Unidades de Continuidad Asistencial	17
2.3.3 Programa de pacientes activos	18
2.4 Un sistema apoyado en la innovación	18
2.4.1 Servicio de atención telefónica a urgencias pediátricas	19
2.4.2 Anillo radiológico	19
2.4.3 Unificación de sistema de información en Anatomía Patológica	20
2.4.4 Planificación quirúrgica compleja a través del modelo en impresión 3D	20
2.4.5 Proyecto Acción para Mejorar la Atención en la Detección del Deterioro Clínico y la Utilización de Recursos-AMADEUS	21
<b>3 Infraestructuras sanitarias</b>	23
<b>4 Recursos humanos</b>	25
4.1 Programa de post-formación sanitaria especializada de residentes	25
<b>5 Gestión económico financiera</b>	27
<b>6 Organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes</b>	29
<b>Índice de tablas</b>	35
<b>Índice de gráficos</b>	37
<b>Índice de figuras</b>	39
<b>Abreviaturas, acrónimos y siglas</b>	41



# Resumen

La situación de envejecimiento, dispersión y dependencia demográfica de Castilla y León constituye un desafío para la prestación efectiva, equitativa y eficiente de los servicios sanitarios, y requiere esfuerzos adicionales, reflejados en la dedicación presupuestaria o en la apuesta por un modelo de atención primaria accesible en todo el territorio.

El compromiso de mejora de los servicios sanitarios incluye nuevas iniciativas por parte del Sistema de Salud de Castilla y León. El modelo de gestión integrada de atención primaria y atención especializada, y las nuevas unidades de diagnóstico rápido, son ejemplos de una mayor coordinación en la planificación de los programas y actuaciones de salud para impulsar procesos de atención compartidos.

En el continuo desarrollo de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, se ha procedido a la estratificación de toda la población castellana y leonesa, a través de un modelo específico. Se han desarrollado nuevas unidades de convalecencia sociosanitaria, dirigidas a la prestación de cuidados sanitarios de larga duración y atención integrada a la convalecencia; también se han impulsado unidades de continuidad asistencial, para la atención de pacientes con procesos crónicos pluripatológicos complejos, y se ha promovido el programa del paciente activo.

Son relevantes algunas iniciativas de innovación, ya implantadas con éxito en la Comunidad Autónoma, como el servicio de atención telefónica a urgencias pediátricas, el anillo radiológico o la unificación regional del sistema de información en anatomía patológica. A ello se suman nuevas iniciativas como los modelos de planificación quirúrgica compleja a través de impresión 3D o el Proyecto AMADEUS, dirigido a mejorar la detección y atención del deterioro clínico en pacientes hospitalizados.

En el ámbito de los profesionales, ha tenido lugar la primera edición del programa de post-formación sanitaria especializada de residentes, con el fin de incentivar la permanencia en el Sistema de Salud de Castilla y León de los mejores profesionales que acaban de terminar su residencia en la Comunidad Autónoma.

Entre los programas de salud pública, cabe citar iniciativas como el impulso de nuevos programas de vacunación del adulto, los cambios normativos dirigidos a facilitar la atención continuada de las oficinas de farmacia o las actuaciones de certificación para las exportaciones de productos alimenticios.

Finalmente, en el ámbito de la organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes, se mencionan diversas iniciativas de cooperación con aquellas comunidades autónomas con las que Castilla y León tiene especiales vínculos, dada su estratégica posición territorial.



# Introducción

Castilla y León es la Comunidad Autónoma más extensa de España, la que presenta el mayor número de núcleos de población dispersos, la de población más envejecida y con las tasas de dependencia demográfica más elevadas del conjunto nacional.

En los 94.230 km<sup>2</sup> de superficie que ocupan las nueve provincias de la Comunidad Autónoma (casi un 20% de la superficie de España), residen 2.478.079 habitantes, poco más del 5% del total del país. Ello se traduce en una baja densidad de población (menos de 27 habitantes por km<sup>2</sup>), repartidos por el territorio de forma extremadamente dispersa, con un 49% de la población en el medio rural. Baste reseñar el hecho de que los 2.248 municipios que existen en Castilla y León suponen más de la cuarta parte de todos los municipios de España; y de ellos casi un 95% cuenta con menos de 2.000 habitantes, e incluso cerca del 30% tiene menos de 100 habitantes.

En cuanto a la pirámide poblacional, las personas con edad igual o superior a 65 años suponen el 24% de la población de Castilla y León, el mayor porcentaje de personas mayores en todas las comunidades autónomas. Lo mismo sucede con la población a partir de 85 años, que en Castilla y León suma el 4,7% del total. La esperanza de vida al nacer de los castellanos y leoneses en 2014 era de 83,6 años según el INE, la tercera más alta de España. Finalmente, la tasa de dependencia demográfica, relación existente entre la población dependiente (menor de 16 años y mayor de 64 años) y la población productiva (de 16 a 64 años), es del 58,7%, lo que supone también la cifra más alta del país.





# 1 Salud Pública: prevención y ordenación

## 1.1 Calendario vacunal

Castilla y León ha venido apostando por un calendario único para toda España y promoviendo la inclusión de los últimos avances en vacunas en el Calendario de Vacunación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

En particular, durante el año 2015 se ha promovido la inclusión de la vacuna conjugada contra el neumococo, que fue incorporada al Calendario de Vacunación del CISNS en el mes de enero, e inmediatamente se incorporó al Calendario Oficial de Vacunaciones Sistemáticas de la Infancia de Castilla y León. Con posterioridad, en julio de 2015 se añadió la vacunación frente a varicela, también incorporada en Castilla y León a los 15 meses y 3 años de edad. Otro programa con influencia directa sobre los más pequeños ha sido el Programa de Vacunación Prenatal frente a la tosferina en Castilla y León que tiene como objetivo la disminución de casos de tosferina en los recién nacidos a través de la vacunación de sus madres durante el embarazo. Con estas actualizaciones, el Calendario Oficial de Vacunaciones Sistemáticas de la Infancia de Castilla y León se convierte en uno de los más avanzados de nuestro entorno.

La cobertura vacunal en el primer año de vida en Castilla y León en 2015 se situó entre el 95,0% y 97,2% según la vacuna, mejorando respecto del año anterior que osciló entre 93,5% y el 96,4%. Respecto a la vacunación con Triple Vírica (sarampión- rubéola- parotiditis), la cobertura de la 1ª dosis a los 12 meses ha sido de 95,2% frente al 94,8% en 2014 y la de la 2ª dosis a los 3 años de un 90,9% frente al 87,2% en el año anterior.

Esta misma tendencia de mejora se observa a lo largo de todo el calendario infantil, si bien aún queda margen para alcanzar los valores previos al cambio del sistema de información vacunal. A este respecto, es preciso recordar que en 2013 se modificó la fuente de información y la metodología para la elaboración de los indicadores de cobertura en la Comunidad Autónoma. De la previa estimación de coberturas vacunales basada en el registro numérico de dosis administradas y una población diana numérica procedente de datos oficiales publicados por el INE, se pasó a un registro nominal informatizado poblacional. Esta mejora importante en el sistema de información vacunal de Castilla y León produjo un descenso transitorio en los indicadores de coberturas, lo cual influye en la comparación con años anteriores y con otras comunidades autónomas.

Pero las vacunaciones no son patrimonio exclusivo de la infancia. Así por ejemplo, Castilla y León dispone de una de las carteras más extensas en programas de vacunación en pacientes pertenecientes a grupos de riesgo. Un claro ejemplo es el programa de vacunación -pionero en España- para la prevención del herpes zóster que recientemente se ha extendido a pacientes entre 60 y 69 años con diabetes mellitus o con enfermedad pulmonar obstructiva crónica que reciban tratamiento con corticoides inhalados.

En cuanto a la vacunación de gripe, en la campaña 2014-2015 se vacunaron frente a la gripe en Castilla y León un total de 549.122 personas, de ellos 390.637 personas mayores de 65 años. La cobertura vacunal en mayores de 65 años fue del 66,1%, la segunda mayor de todas las comunidades autónomas. Cabe destacar asimismo la elevada cobertura de vacunación antigripal en centros residenciales de personas mayores, que alcanzó el 93,1%.

Otros programas de vacunación en grupos de riesgo, dirigidos a niños y adultos, como la vacunación de viajeros internacionales o las campañas de vacunación frente al neumococo, completan la apuesta en materia de prevención a través de las vacunas de la Junta de Castilla y León.

## 1.2 Nueva regulación de la atención farmacéutica continuada de las oficinas de farmacia

En Castilla y León prestan servicio 1.635 oficinas de farmacia y 292 botiquines, lo que representa la segunda mejor ratio por habitante de España. El 53,0% de estas oficinas de farmacia, se ubican en municipios de menos de cinco mil habitantes.

La publicación del Real Decreto-Ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011, y del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, establecen un nuevo marco económico para las oficinas de farmacia, reflejado tanto en los márgenes percibidos por los titulares de las mismas, como en el precio de los medicamentos; son medidas que afectan de forma directa a los costes de prestación del servicio y, por tanto, en el caso de las oficinas de farmacia de dimensiones más reducidas, a las condiciones de su viabilidad económica.

Todo ello aconsejó proceder a la derogación de la Orden de 2 de marzo de 1998 de la entonces Consejería de Sanidad y Bienestar Social que, si bien resultó una herramienta de utilidad en el momento de su publicación, necesitaba de una adaptación y flexibilización en aras a dar respuesta a la nueva realidad social, sanitaria y farmacéutica de Castilla y León asegurando, al mismo tiempo, la calidad de la asistencia farmacéutica que se presta al ciudadano.

Así, en el año 2015 se ha publicado la Orden SAN 744/2015, de 7 de setiembre, por la que se determina la atención farmacéutica continuada de las oficinas de farmacia que contempla, entre otras medidas, la definición de cuáles son los productos de obligada dispensación durante el servicio de urgencias (término que sustituye a la anterior terminología de *turnos de guardia*). Además se contempla la posibilidad de autorización excepcional de turno de servicios de urgencia entre oficinas de farmacia de diferentes zonas básicas de salud, así como de autorización excepcional en algunas zonas básicas para que en fin de semana y festivos se aplique el mismo criterio que para el servicio de urgencias nocturno.

Por otra parte, la nueva normativa establece que en los municipios correspondientes a zonas básicas de salud urbanas, el número de oficinas de farmacia que deben prestar servicios de urgencia se determina en virtud del tamaño de la población afectada y no en función del número de zonas básicas que tenga cada municipio; y en zonas básicas de salud semiurbanas y rurales se establece que los turnos del servicio de urgencias deberán ser entre las oficinas de farmacias de un mismo municipio siempre y cuando dicho municipio tengan dos o más oficinas de farmacia, centro de atención sanitaria continuada y más de 5.000 habitantes.

Además, en las zonas básicas de salud semiurbanas y rurales podrán introducirse en los turnos oficinas de farmacia de distintas zonas siempre que la distancia entre el centro de atención sanitaria continuada de la zona en cuestión y las oficinas de farmacia no supere los 20 minutos para servicios de urgencia diurnos y 30 minutos para servicios de urgencia nocturnos. Y por último, se establecen 10 tramos de horarios por encima de mínimos a los que podrán optar las oficinas de farmacia solicitantes.

## 1.3 Controles de exportación de productos alimenticios

En el ámbito de la exportación a países ajenos a la Unión Europea, aunque las competencias relativas a la Sanidad Exterior son de la Administración General del Estado, los controles en que se basa son los efectuados por los Servicios Oficiales de Salud Pública, Veterinarios y Farmacéuticos, de la Junta de Castilla y León.

Estos controles se concretan para el caso de las industrias exportadoras, además de los programados para todas las industrias alimentarias sobre condiciones de higiene, seguridad

alimentaria, sistemas de autocontrol y trazabilidad, en la comprobación del cumplimiento de los requisitos específicos exigidos por el país importador y la emisión del certificado que debe acompañar a cada partida exportada. En 2015 esto ha supuesto la certificación de, aproximadamente, 13.000 partidas de alimentos y bebidas, lo que significa que cada día laborable se controlan 52 exportaciones de estos productos desde Castilla y León a países no pertenecientes a la Unión Europea.

Adicionalmente, desde la Dirección General de Salud Pública, se realiza el seguimiento de todas las empresas exportadoras con el fin de asegurar que mantienen las condiciones que permitieron su autorización y se da cobertura a las visitas de auditoría que realizan las Autoridades Sanitarias de terceros países, que son coordinadas por la Administración General del Estado. En 2015 Castilla y León ha sido objeto de auditoría por parte de las autoridades de Israel (febrero), Corea del Sur (marzo-abril), Taiwán (junio), República Popular China (julio), Estados Unidos de Norteamérica (septiembre) y Arabia Saudí (noviembre).



## 2 Asistencia sanitaria

### 2.1 Recursos y actividad en asistencia sanitaria

Los datos poblacionales condicionan de manera relevante la prestación de servicios sanitarios, y confiere especial relevancia al ámbito de la atención primaria de salud. Castilla y León es la comunidad autónoma que mayor proporción de su gasto sanitario destina a la atención primaria y presenta las mejores ratios de profesionales sanitarios por habitante, tanto de medicina de familia como de enfermería. En lo que se refiere a los recursos, cabe citar que la apuesta por una sanidad cercana a la población rural condiciona que existan 3.652 consultorios locales en la comunidad autónoma, lo que supone más de un tercio del total nacional, y un total de 247 centros de salud. En Castilla y León, el 40% de los consultorios locales tienen asignadas menos de 50 Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI).

Sin perjuicio de los datos expuestos sobre atención primaria, también en atención especializada las ratios de profesionales sanitarios por habitante en Castilla y León son superiores a la media del Sistema Nacional de Salud, tanto en medicina como en enfermería. La atención en este nivel se organiza territorialmente en 11 áreas de salud, donde se ubican un total de 16 hospitales públicos (14 pertenecen a la Gerencia Regional de Salud, 1 dependiente de la Diputación de Segovia y 1 dependiente de la Comunidad Autónoma), integrados a su vez por distintos centros hospitalarios y de especialidades.

**Tabla 2-1 Indicadores de recursos y actividad del Sistema de Salud de Castilla y León, 2015**

Nº tarjetas sanitarias	2.380.167
Recursos humanos	35.088
Áreas de salud	11
Complejos hospitalarios / hospitales de SACyL	8 / 14
Nº camas instaladas	7.260
Nº quirófanos	176
Nº ingresos hospitalarios	245.770
Nº estancias hospitalarias	1.710.546
Nº intervenciones quirúrgicas	252.705
Nº urgencias atención especializada	991.380
Centros de salud	247
Nº consultas atención primaria (ordinarias)	28.828.282
Nº consultas atención primaria (urgentes)	1.978.342

Fuente: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Año 2015.

A pesar de todas las dificultades que requiere la prestación de unos servicios sanitarios de calidad y accesibles en las condiciones descritas de territorio y población, las valoraciones que dan los ciudadanos a los servicios sanitarios de Castilla y León se sitúan por encima de la media nacional. Así, los resultados del Barómetro Sanitario 2014, publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en junio de 2015, muestran que los ciudadanos de Castilla y León califican con un 6,57 el funcionamiento del sistema público sanitario, una nota mejor que la del año anterior (6,48) y por encima de la media nacional (6,31). Cabe destacar además que los castellanos y leoneses mayores de 65 años valoran con un 7,15 el funcionamiento del sistema sanitario público (la media de España es 7,02).

La encuesta pone de manifiesto además que el índice de satisfacción de aquellas personas que a lo largo del último año utilizaron alguno de los servicios de la sanidad pública es mayor que el de la población general: así, la puntuación que otorgan a la Atención Primaria los pacientes que pasaron por sus consultas es de 7,55, y en el ámbito de las consultas externas de Atención Especializada la nota media es de 6,82.

El 85,7% de los castellanos y leoneses considera que la atención que recibió en el sistema público de salud fue buena o muy buena en Atención Primaria, y el 86,1% realizaron esta valoración cuando acudieron a una consulta externa de Atención Especializada.

Los usuarios se sienten satisfechos con la facilidad para conseguir cita para consultas de Atención Primaria, con una puntuación de 7,46, así como con el trato que reciben por parte del personal sanitario de Atención Primaria, que la califican con una nota media de 8,22. El tiempo dedicado por parte del médico de medicina de familia o pediatra a cada paciente merece una nota de 7,53 para los pacientes castellanos y leoneses, mientras que la atención a domicilio por parte del personal médico y de enfermería de Atención Primaria la puntúan con un 7,94.

En cuanto a la atención en los Servicios de Urgencias, el 72,6% de los pacientes consideran que fueron atendidos con mucha o con bastante rapidez, y el 81,0% asegura que la atención fue buena o muy buena. Globalmente, los ciudadanos se sienten satisfechos con la atención que han recibido ante un problema urgente, y otorgan a estos servicios una nota media de 6,3.

El barómetro sanitario pone de manifiesto la elevada consideración que los ciudadanos de Castilla y León tienen respecto a la sanidad pública: el 75,6% optarían por la provisión pública en Atención Primaria, la media del SNS es del 68,4%, mientras que cuando se trata del ingreso en un hospital un 75,8% escogería un hospital público frente al 63,7% de la media nacional. Asimismo, y siguiendo en esta línea, el 77,2% de los encuestados se decantaría por un centro público en Castilla y León teniendo en cuenta la tecnología y los medios de los que dispone.

La consecución de estos resultados de satisfacción en la población es muestra de un esfuerzo importante, plasmado también en las cifras presupuestarias, sin perjuicio de las dificultades económicas de estos últimos años.

## 2.2 Una atención primaria reforzada

Las características sociodemográficas de Castilla y León, su extensión territorial y la dispersión poblacional hacen imprescindible la apuesta por la Atención Primaria, como nivel básico dirigido a garantizar la atención esencial y continuada a los castellanos y leoneses.

### 2.2.1 Datos de atención primaria destacados

Castilla y León es la Comunidad Autónoma que mayor porcentaje de su presupuesto dedica a Atención Primaria. El presupuesto destinado en 2015 fue de 1.057.370.504 euros, es decir, un 2,5% más que en el año anterior. La atención primaria supone el 32,4% del total del presupuesto de la Consejería de Sanidad. En la estadística de gasto sanitario público, que excluye el gasto en farmacia, Castilla y León también encabeza el ranking de porcentaje del presupuesto destinado a atención primaria entre todas las comunidades autónomas españolas.

Los equipos de atención primaria se organizan en 249 zonas básicas de salud, en las que se ubican un total de 247 centros de salud, 3.652 consultorios locales y 199 puntos de atención continuada y centros de guardia. Cabe destacar el hecho de que, si bien la población de Castilla y León apenas supone en torno al 5% de la población total de España, en el territorio de la Comunidad Autónoma se encuentra el 36% de los consultorios de atención primaria de todo el país, claro ejemplo de la apuesta por la accesibilidad a este nivel de atención que se ha venido impulsando en nuestra región.

Asimismo, Castilla y León presenta las mejores cifras de todas las comunidades autónomas españolas en cuanto al número de personas asignadas en promedio por cada profesional de medicina de familia y enfermería en Atención Primaria según la estadística de Indicadores Clave

del SNS 2014, y el quinto lugar en población asignada en promedio por cada profesional de pediatría en este nivel de atención. Las cifras de frecuentación en medicina de familia en Castilla y León son las más altas de España, con un promedio de 8,03 consultas por persona asignada y año, y en enfermería de atención primaria son las segundas del país, con 3,7 consultas anuales por persona asignada.

## 2.2.2 Gerencias integradas de atención primaria y especializada

Para consolidar la apuesta de Castilla y León por la accesibilidad al sistema sanitario, sin perjuicio de los recursos de atención primaria y especializada, resulta imprescindible reforzar la continuidad asistencial entre niveles. Si bien no se trata de la única herramienta para afianzarla, el modelo de Gestión Integrada (Gerencia Única Integrada) es un elemento relevante a la hora de avanzar en su desarrollo.

Este modelo de Gerencia Única Integrada se sustenta en una mayor integración entre atención primaria y especializada mejorando la organización, coordinación y estructura de los centros sanitarios. Con ello se pretende, como objetivo principal, conseguir la mayor coherencia posible en la planificación y ejecución de los programas y actuaciones de salud en los que intervienen ambos niveles y en los que la atención al paciente crónico tiene una especial relevancia, aumentando además los procesos de atención compartidos.

En la Comunidad ya se está trabajando funcionalmente en esta línea en distintas áreas, en las que una sola gerencia integra y es responsable de la atención primaria y la especializada, situación ya establecida en las Áreas de Salud de Zamora, Segovia, Ávila y Soria. Cabe mencionar que en el Área de Salud de Soria, donde desde 2011 un único gerente dirige ambos niveles asistenciales (atención primaria y especializada), este nuevo modelo asistencial ha obtenido el sello de calidad EFQM 500+ en febrero de 2014.

El objetivo a corto-medio plazo, como ya se ha señalado, es adaptar la estructura periférica de la Sanidad de Castilla y León (Sacyl), para implementar de forma progresiva el modelo de Gerencias Únicas e Integradas, comenzando por las ya mencionadas que funcionalmente han iniciado este camino, para continuar por aquellas que por tamaño y estructura sean susceptibles de trabajar de manera acorde al modelo referido.

## 2.2.3 Impulso de Unidades de Diagnóstico Rápido - UDR

Las UDR nacen ante la necesidad de promover la continuidad asistencial entre atención primaria y atención hospitalaria como uno de los elementos imprescindibles para mejorar la atención de los pacientes en general, pero especialmente la de aquellos con sospecha de enfermedad grave para los que resulta fundamental garantizar una asistencia sin demora o con demora máxima de 72 horas, acortando los tiempos de estudio y tratamiento y garantizando una atención integral de calidad basada en una atención compartida por los dos niveles asistenciales.

Estas unidades están vinculadas a los servicios de medicina interna y coordinadas con atención primaria y los servicios de urgencias hospitalarios. Se ha establecido un modelo común de UDR en todas las áreas de salud que dan respuesta al objetivo referido. Los procesos subsidiarios de estudio en la UDR han sido previamente consensuados por un grupo de profesionales de atención primaria y atención hospitalaria. Las exploraciones complementarias son programadas de forma preferente. Las UDR representan, una alternativa a la asistencia convencional.

Sacyl dispone desde el año 2012 de una UDR en cada uno de los 11 hospitales de Área. En 2015 han sido atendidos un total de 5.811 pacientes generando un total 15.799 consultas de las cuales 5.811 fueron primeras consultas y 9.988 sucesivas (el índice sucesivas/primeras es 1,72). En estas unidades el tiempo transcurrido desde que el paciente es visto en la consulta hasta la obtención del diagnóstico y la indicación de la conducta a seguir (alta en la Unidad y seguimiento

por el médico de atención primaria, citación en la consulta de la especialidad correspondiente, ingreso hospitalario, etc.) durante el año 2015, ha sido de 10,5 días de media con un rango de 17 días.

Durante este periodo los pacientes con diagnóstico principal según la clasificación de Enfermedades CIE-9 han sido 5.422 diagnósticos lo que supone un 93,3%, los 389 pacientes restantes han sido clasificados en el apartado XVI Signos/síntomas sin especificar. Entre los diagnósticos más frecuentes destacan las patologías del aparato digestivo con 25,1% y las enfermedades neoplásicas con un 21,0%.

El origen de la solicitud principalmente es desde Atención Primaria con un 47,8%.

**Tabla 2-2 Origen de la solicitud en la unidad de diagnóstico rápido, 2015**

	Nº total	%
Atención primaria	2.778	47,8
Urgencias atención hospitalaria	1.766	30,4
Atención hospitalaria (no urgencias)	1.113	19,2
Otros *	154	2,6
<b>Total</b>	<b>5.811</b>	<b>100</b>

Observaciones:\*incluye unidades de atención al paciente, residencias asistidas, etc.

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Análisis de actividad en Unidades de Diagnóstico Rápido, 2015.

La demora media para la asistencia durante 2015 ha sido de 2,2 días.

**Tabla 2-3 Demora para la asistencia, 2015**

	Nº total	%
Nº pacientes atendidos dentro de las primeras 72 h.	4.708	81,0
Nº pacientes atendidos tras 72 h.	1.103	19,0
<b>Total</b>	<b>5.811</b>	<b>100</b>

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Análisis de actividad en Unidades de Diagnóstico Rápido, 2015.

## 2.3 Un cambio de paradigma: Estrategia del paciente crónico<sup>1</sup>

Durante 2015, ha continuado el desarrollo de las actuaciones previstas en la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, siguiendo el objetivo general de *mejorar los resultados en salud y en calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas a través de una atención integral de calidad, ajustada al nivel de necesidades de cuidados y en coordinación con los servicios sociales, en un entorno de sostenibilidad.*

En Castilla y León, con una población de las más envejecidas de España, dispersa y con un peso importante del ámbito rural, se hace imprescindible llevar a cabo las adaptaciones en el sistema sanitario que permitan gestionar de modo eficiente la cronicidad, proporcionando una respuesta adecuada a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas, que no siempre encuentran una respuesta ágil en el actual modelo sanitario, caracterizado por un alto nivel de

<sup>1</sup> Junta de Castilla y León. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León [documento en Internet]. Valladolid: Consejería de Sanidad; 2013. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon>



especialización en la atención pero con frecuencia fragmentado en la provisión de recursos. Ello requiere avanzar hacia un modelo de atención integrado, donde la coordinación entre niveles asistenciales es un elemento imprescindible y donde los cuidadores y las familias adquieren un papel relevante.

La estrategia se centra fundamentalmente en cinco aspectos: potenciar el papel de la atención primaria y mejorar sus condiciones para facilitar una atención eficaz; organizar y adecuar los recursos hospitalarios a las condiciones y necesidades de los pacientes; asegurar la coordinación entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales que intervienen para garantizar la continuidad de los cuidados; avanzar hacia la integración asistencial efectiva a través de la coordinación de los sistemas sanitario y social; y promover la participación activa por parte de pacientes y personas cuidadoras en el mantenimiento de la salud.

El modelo de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León toma en consideración dos modelos de referencia a nivel internacional: *Chronic Care Model* y *Kaiser Permanente*. Del primero de ellos, se ha adaptado fundamentalmente la idea de interrelacionar diferentes estamentos: comunidad, sistema sanitario y pacientes, de forma que el encuentro clínico lo protagonicen pacientes activos e informados y un equipo de profesionales proactivos con las capacidades y habilidades necesarias para conseguir una atención de alta calidad, elevada satisfacción y mejora de resultados. En cuanto al segundo modelo, sin perjuicio de algunas de sus premisas básicas como la integración asistencial, trabajo en equipo, énfasis en la prevención o relevancia de la atención primaria, se ha incidido especialmente en la adaptación de su sistema de estratificación, para el desarrollo de un modelo específico para la Comunidad Autónoma.

A este respecto, cabe mencionar que, aunque la Estrategia tiene un enfoque poblacional, la adaptación del sistema debe focalizarse sobre un segmento de la población que, por sus necesidades de atención, precisa de mayores cambios en la organización asistencial actual. Se trata fundamentalmente de pacientes que presentan pluripatología, comorbilidad, con necesidades frecuentes de atención en diferentes niveles, y en los que además concurren con frecuencia diferentes grados de discapacidad y dependencia.

La estratificación poblacional ha constituido, de este modo, el paso inicial en el desarrollo de la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Se han establecido cuatro estratos, denominados respectivamente G0, G1, G2 y G3. A partir de un análisis exhaustivo de la población mediante este sistema de clasificación, basado en los datos de registro de morbilidad y utilización de recursos tanto de atención primaria como de atención especializada y, como resultado del mismo, la población ha quedado clasificada en estos cuatro grupos según sus necesidades y riesgos. Todo ello permite una planificación más adecuada de las intervenciones específicas para cada grupo de pacientes así como la asignación de los recursos necesarios para la puesta en marcha del proceso de atención.

Los resultados de este proceso de estratificación señalan que dos terceras partes (67%) de la población de Castilla y León quedan encuadradas en el grupo G0, personas sanas o con procesos agudos no significativos, susceptibles de actuaciones de promoción de la salud y de prevención primaria con control de sus factores de riesgo; un 20% de la población se incluye en el estrato G1, pacientes con una patología en estadio estable o inicial con baja necesidad de atención sanitaria, sin perjuicio del control del proceso clínico en el marco de la atención primaria y de la promoción de su autocuidado; y un 8% de la población forma parte del estrato G2, pacientes pluripatológicos estables o con una patología en estado avanzado con necesidades de atención sanitaria moderada, que reside fundamentalmente en la atención y control de su proceso clínico por parte de atención primaria, con apoyos puntuales desde atención especializada según protocolo, mediante la gestión de procesos y casos. Finalmente, cerca de un 5% de la población se encuentra incluido en el estrato G3. Se trata de pacientes pluripatológicos severos con necesidades elevadas de atención sanitaria (primaria y especializada) y con frecuencia con necesidades sociales, que en algunos casos requieren la utilización de determinados recursos específicos como las unidades de convalecencia sociosanitaria y las unidades de continuidad asistencial.

**Figura 2-1 Criterios de estratificación en la población de Castilla y León, 2014**

Objetivo intervención	Ámbito		Tipo de intervención
Pacientes <b>pluripatológicos severos</b> con necesidades de atención sanitaria elevadas y con frecuencia con necesidades sociales	Atención compartida por atención primaria, hospital y servicios sociales (Hospital, UCSS, Domicilio/Residencia)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención y control del proceso clínico por parte de atención primaria compartida con atención especializada (UCA) según protocolo, mediante la gestión de procesos y casos y, con la participación de los recursos sociales en cualquiera de sus ámbitos.</li> <li>- Promoción de la responsabilidad del paciente y de la familia en el cuidado de sus problemas de salud.</li> </ul>
Pacientes <b>pluripatológicos estables o con una patología en estado avanzado</b> con necesidades de atención sanitaria moderada	Atención primaria + apoyos puntuales de especializada + atención domicilio/comunitario (Protocolo)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención y control del proceso clínico por parte de atención primaria con apoyos puntuales del médico de atención especializada según protocolo, mediante la gestión de procesos y casos.</li> <li>- Promoción de la responsabilidad del paciente y de la familia en el cuidado de sus problemas de salud.</li> </ul>
Pacientes con una <b>patología en estadio estable o inicial</b> con baja necesidad de atención sanitaria	Atención primaria + domicilio/comunitario (Protocolo)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención y control del proceso clínico en el marco de la atención primaria, según protocolo siguiendo la metodología de gestión de procesos.</li> <li>- Promoción de la responsabilidad de los pacientes en el cuidado de su problema de salud</li> </ul>
Personas <b>sanas o con procesos agudos</b> no significativos	Atención primaria + domicilio/comunitario		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoción y prevención primaria con control de factores de riesgo (Ej.: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud-PAAPPs- de atención primaria).</li> <li>- Promoción de la responsabilidad de las personas en el cuidado de la salud.</li> </ul>

Fuente: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León.

Tres son los objetivos prioritarios en la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León: asegurar la coordinación asistencial; potenciar la autonomía y la responsabilidad del paciente; y por último la innovación y gestión del conocimiento.

El primero de estos objetivos se apoya en tres líneas estratégicas: la integración asistencial del modelo social y sanitario; la continuidad con la atención sociosanitaria; y por último la adaptación de la organización a las necesidades del paciente crónico. Para ello, sin perjuicio del indiscutible protagonismo del nivel de atención primaria, cabe hacer mención al desarrollo de dos recursos específicos, las Unidades de Continuidad Asistencial (UCA) y las Unidades de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS).

En cuanto al segundo objetivo prioritario en la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, consistente en potenciar la autonomía y la responsabilidad del paciente, resultan fundamentales las actuaciones dirigidas a promover el autocuidado, la corresponsabilidad y la participación de los pacientes. El programa del paciente activo constituye un elemento determinante en el éxito de esta iniciativa.

### 2.3.1 Unidades de Convalecencia Sociosanitaria -UCSS

Las UCSS son plazas ubicadas en residencias de personas mayores de titularidad de la Gerencia de Servicios Sociales, para prestar cuidados sanitarios de larga duración y atención sanitaria a la convalecencia, en personas con necesidades sociales y en situación de dependencia, de forma transitoria o definitiva, garantizando la coordinación y la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles asistenciales sanitarios y sociales.

De este modo, una vez transcurrida la fase aguda de necesidad hospitalaria (p.ej. ante una fractura de cadera), la persona en situación de dependencia que no puede volver a su domicilio -bien porque vive sola o con un familiar vulnerable, habitualmente persona también mayor que no puede cuidarle porque la necesidad de cuidados excede su capacidad o porque la vivienda presenta barreras arquitectónicas que impiden la accesibilidad (escaleras dentro de la casa, etc.), cuenta ahora con una alternativa a la permanencia en el hospital, y a un menor coste para el sistema de salud.

Las UCSS permiten disponer de una serie de camas en las residencias de personas mayores de la red social con apoyo sanitario y a las que pueden ser derivadas este tipo de pacientes, para su rehabilitación y recuperación por un periodo estimado de dos meses, prorrogables hasta cuatro meses. Ambos sistemas colaboran en la financiación de estas camas en el Sistema de Salud con un coste/día, más de diez veces menor de lo que supondría la permanencia en el hospital.

Iniciado su funcionamiento a partir de un convenio suscrito, entre la Gerencia Regional de Salud y la Gerencia de Servicios Sociales para la gestión de estas plazas, a fecha de 31 de diciembre de 2015, existen plazas en funcionamiento en Miranda de Ebro, Ponferrada, Salamanca, Segovia, Soria y Valladolid. Próximamente se tiene previsto comenzar el funcionamiento en Ávila, Palencia y León. La estancia media de los pacientes en estas Unidades se sitúa, para el conjunto en Castilla y León, en 78 días.

Una vez dados de alta en la Unidad, el 43,8% de los pacientes vuelven a su domicilio, el 31,4% van a una residencia de personas mayores y el 10,3% ingresan en el hospital. El 14,5% de los pacientes ingresados en este tipo de unidades fallece antes del alta.

Las ventajas que aportan estas unidades, en cuanto a sus resultados desde el punto de vista sanitario, incluyen una ubicación más adecuada de los pacientes con necesidades sanitarias y sociales, la disminución de estancias hospitalarias y la mejora en la situación de dependencia -se estima que un 50% mejoran la situación de dependencia por el apoyo sanitario en este recurso. Por otra parte, desde el punto de vista social, las UCSS facilitan la orientación social al alta con propuesta de recurso social, bien sea para apoyo en el domicilio u otro tipo de recurso, así como la propia optimización de las plazas residenciales de personas mayores.

Actualmente se está trabajando en la elaboración de una base de datos conjunta entre los Servicios Sociales y los Servicios Sanitarios, para disponer de forma conjunta de variables sociales y sanitarias, y así poder analizar desde ambas perspectivas el funcionamiento de dichas unidades.

## 2.3.2 Unidades de Continuidad Asistencial

Para mejorar la calidad de la vida y la satisfacción de los pacientes que padecen patologías crónicas y minimizar el riesgo de descompensaciones y la aparición de eventos adversos a lo largo de sus procesos, la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León propone un modelo de integración asistencial. Este define específicamente, para los pacientes con *Procesos Crónicos Pluripatológicos Complejos* (PCPPC), los flujos e itinerarios en el sistema sanitario a través de un *proceso asistencial*, con cuya aplicación se pretende *augmentar la capacidad resolutive y la gestión integradora centrada en atención primaria*, a la vez que se crean las denominadas *Unidades de Continuidad Asistencial (UCA)*.

Estas unidades son estructuras funcionales para toda el Área, ubicadas en el hospital y en las que participan habitualmente los médicos de atención primaria, internistas y profesionales de enfermería gestores de casos. La finalidad es apoyar en la atención de pacientes con PCPPC -cuando sea preciso- a los profesionales de atención primaria y del conjunto del hospital, a fin de facilitar la interlocución en el hospital, el acceso al propio hospital para apoyo diagnóstico y terapéutico y asegurar la comunicación y la continuidad asistencial de los pacientes.

A finales de 2015 el modelo ya estaba implantado en las once Áreas de Salud de Castilla y León y los resultados en las Áreas con más experiencia son prometedores: mejora de la comunicación entre atención primaria y el hospital, aumento de consultas telefónicas, mejora de la continuidad asistencial, disminución del número de ingresos de pacientes con PCPPC y descenso de la frecuentación de consultas de especialidades y urgencias.

Está pendiente analizar la satisfacción de pacientes y profesionales, pero la opinión de un alto número de profesionales de diferentes Áreas de Castilla y León que participaron en un taller de trabajo sobre las ventajas y dificultades para el desarrollo del proceso asistencial, se resume en la siguiente valoración:

- *Beneficios para los pacientes* en la rapidez de la atención, en la mejora de la seguridad del paciente y su calidad de vida mediante el seguimiento proactivo de los mismos, atención coordinada y mejora de la conciliación en los cuidados y tratamientos; por último, valoran muy positivamente disponer de referentes en el hospital.
- *Beneficios para los profesionales* tanto de atención primaria como de hospital implicados en los PCPPC, que valoran que ha mejorado la accesibilidad (el contacto telefónico es fluido e inmediato entre profesionales), la coordinación entre ambos niveles, la comunicación y el entendimiento con relación a los pacientes.

### 2.3.3 Programa de pacientes activos<sup>2</sup>

La orientación del modelo de atención en nuestra comunidad hace necesario el desarrollo de iniciativas con la finalidad de que pacientes y personas cuidadoras dispongan del conocimiento suficiente de su enfermedad, ajustado a sus niveles de comprensión, de conseguir su motivación para que se impliquen en el tratamiento y de facilitarles herramientas para que puedan adoptar las decisiones que, a su nivel y en cada momento, puedan ser más favorables para el paciente.

El programa desarrollado en Castilla y León se ha centrado hasta el momento en el *Proyecto Paciente activo en Diabetes tipo 2*, que tiene como objetivo potenciar el rol del paciente como principal responsable del cuidado de su salud. *Se pretende fomentar el autocuidado y formar sobre las conductas saludables y positivas, utilizando el apoyo entre iguales*, aumentar las habilidades y confianza del paciente y mejorar el manejo de su enfermedad, pero con el asesoramiento y la supervisión de los profesionales sanitarios de su ámbito más cercano.

Para ello, se ha tomado como referencia el Programa *Paciente Experto* de la Universidad de los Pacientes, que sigue el modelo desarrollado por el *Patient Education Research Center* de la Universidad de Stanford. Las fases de implantación del proyecto han incluido una primera etapa de formación de formadores (profesionales sanitarios), en la cual se ha procedido al desarrollo de las unidades didácticas, a través de un grupo de trabajo específico y la formación en habilidades de comunicación y dinámica de grupos.

A ello ha seguido una segunda fase de formación a pacientes activos, futuros formadores, en la que se ha producido la adquisición de conocimiento, competencias y habilidades para el autocuidado, a través de las unidades didácticas, la formación en habilidades de comunicación y dinámica de grupos y la promoción de actitudes y motivación. En la actualidad ya está desarrollada esta fase 2 del proyecto en la práctica totalidad de las Áreas de Salud.

Finalmente, en el año 2015 ya se ha iniciado la tercera fase de actividades formativas de pacientes a pacientes, sesiones que se imparten desde los pacientes activos a otros pacientes, con la asistencia de un profesional sanitario de apoyo (observador). El proyecto continúa adelante con vistas a su extensión en toda la Comunidad Autónoma.

## 2.4 Un sistema apoyado en la innovación

El Sistema de Salud de Castilla y León entiende que la innovación es un elemento clave en el aseguramiento y mejora de sus prestaciones a los ciudadanos. Algunos ejemplos de esta estrategia de innovación incluyen:

---

2 Junta de Castilla y León. Aula de Pacientes [Internet]. Valladolid: Consejería de Sanidad; 2015. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/AulaPacientes>

## 2.4.1 Servicio de atención telefónica a urgencias pediátricas

La demanda de atención ante urgencias pediátricas es cada vez más frecuente en nuestro entorno. El establecimiento de un procedimiento que permita una respuesta eficaz y oportuna a los padres o tutores, ante sus requerimientos de información puede constituir un recurso de extraordinaria ayuda en muchos casos, que incluso permita resolver muchas situaciones sin requerimientos adicionales de atención.

El servicio de consulta telefónica pediátrica en Castilla y León, puesto en marcha en 2013 en Valladolid y desde febrero de 2014 extendido al resto de áreas de salud constituye un programa innovador que ofrece información, consejos y recomendaciones a los padres sobre urgencias pediátricas (hasta los 14 años). Se trata de un servicio complementario, especialmente indicado en aquellas situaciones en las que una rápida recomendación profesional proporciona tranquilidad a los padres, al mismo tiempo que contribuye a mejorar la utilización de los servicios, teniendo en cuenta la gravedad y complejidad del problema. De esta manera, el servicio se adapta a las necesidades reales de cada paciente facilitando una nueva forma de contacto entre los usuarios y los centros sanitarios.

El servicio garantiza una respuesta rápida y fácil, desde el domicilio del paciente, mediante el teléfono (y en un futuro utilizando también otros canales de comunicación), y contribuye a poner en marcha la consulta no presencial de forma sistemática, es decir aquella que es capaz de resolver un alto porcentaje de las demandas de los pacientes sin necesidad de acudir a los centros sanitarios.

Durante 2015, el servicio de consulta telefónica pediátrica en Castilla y León ha atendido un total de 20.406 llamadas. Los motivos más frecuentes de consulta son generalmente dudas sobre medicación, o problemas como fiebre, náuseas y vómitos, diarrea y tos. La evaluación de este servicio ha demostrado su capacidad de resolución en un elevado porcentaje de los casos. Así, más de tres cuartas partes de las llamadas recibidas (15.426 llamadas, un 75,6% del total) son resueltas con consejo telefónico, requiriendo derivación a hospital o atención primaria el 25% restante.

**Tabla 2-4 Servicio de atención telefónica de urgencias pediátricas en Castilla y León, 2015**

Gestión efectuada	Nº de casos	%
Derivación atención primaria	1.755	8,6
Derivación al hospital	3.255	16,0
Consejo telefónico	15.426	75,6
Número total de llamadas	20.436	100

Fuente: Gerencia Regional de Salud. Análisis del servicio de atención telefónica de urgencias pediátricas, 2015.

## 2.4.2 Anillo radiológico

El anillo radiológico, cuya implantación global se ha producido en 2015, constituye otro ejemplo reciente de innovación en el Sistema de Salud de Castilla y León. Su objetivo es proporcionar acceso *on line* a todos los estudios (imagen e informe) para todos los profesionales, independientemente del lugar donde se realicen, así como la disponibilidad de los informes radiológicos y posteriormente a las imágenes, a través de la carpeta del paciente para todos los ciudadanos, todo ello en un contexto de eficiencia y seguridad de la información, que además ha afrontado la renovación de las infraestructuras, reemplazadas por otras más modernas, potentes y de mayor rendimiento.

Se ha implementado una plataforma que permite buscar cualquier prueba diagnóstica de radiología y medicina nuclear, utilizando la identificación local. Esta funcionalidad se ha efectuado para los dos ámbitos asistenciales, tanto atención primaria como atención especializada. Para ello, además de habilitar la identificación única en toda la comunidad:

Proyecto EMPI (*Enterprise Master Patient Index*) se ha acometido la actualización de las redes de comunicaciones.

En la actualidad almacena más de 19.000.000 estudios y 700 millones de imágenes, que están a disposición de todos los profesionales de la comunidad, independientemente de donde se hayan realizado las imágenes. Al mismo tiempo esta información está disponible en la carpeta del paciente, pudiendo acceder y descargar aquellos estudios que se acompañan de informe del servicio de radiología.

Se ha realizado una centralización con mayor nivel de seguridad de los sistemas de almacenamiento de imágenes de toda la comunidad a los Centros de Procesamiento de Datos (CPDs) mejorando la accesibilidad a todos los profesionales clínicos y pacientes. Las actuaciones han incluido alojamiento de CPD corporativos en estancias propias de Sacyl (internalización de servicios), la mejora de las infraestructuras y comunicaciones (mallado de red), el establecimiento de una identificación única e inequívoca de todas las historias clínicas de los pacientes en los distintos centros y la migración de datos de CPDs locales a CPDs corporativos.

### 2.4.3 Unificación del sistema de información en anatomía patológica

El proyecto de innovación en anatomía patológica desarrollado en Castilla y León se plantea como un sistema centralizado multihospital, que compartiendo una identificación y una base de conocimiento común, favorece el trabajo en grupo de todo el colectivo de anatomía patológica a nivel regional y permite el desarrollo de nuevas innovaciones tecnológicas, como por ejemplo la Patología Digital.

Se trata del Primer Proyecto Regional de Anatomía Patológica que se acomete en nuestro país que, como rasgo diferencial, emplea una base de datos de identificación única y un subconjunto de pruebas, ya validado por la Subdirección General de Sistemas de Información e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que ha solicitado su cesión para su uso por el resto de las comunidades autónomas.

Para ello se ha requerido realizar una centralización y una consolidación de toda la anatomía patológica de los 14 centros hospitalarios de la Gerencia Regional de Salud de la Comunidad Autónoma. Partiendo de un grupo de trabajo con representación de hospitales de diferentes tamaños y requerimientos, se ha realizado el diseño y seguimiento del despliegue, implantación, incidencias y desarrollo de nuevas funcionalidades.

Los resultados del proyecto han permitido la renovación de toda la infraestructura de tecnologías de la información en los servicios de anatomía patológica, que tras la pertinente adaptación y formación del nuevo sistema, con corrección de incidencias, ha facilitado una mejora en el trabajo organizativo del laboratorio al introducir un sistema de clasificación nuevo, más eficiente y centralizado. Ello redundará en la mejora del trabajo clínico de los médicos de los servicios de anatomía patológica, mediante el intercambio de procesos de un centro a otro, y la mejora del trabajo organizativo, al poder establecer métricas en su forma de trabajo de un centro con respecto a otro. Todo ello a través de una homogenización de las pruebas y de los catálogos, con todos los servicios hablando en un mismo *lenguaje* sobre variables y pruebas.

Esto da la posibilidad de consultar las pruebas de un mismo paciente en distintos centros, ya sea como envío a centros de referencia o como casos de consulta.

### 2.4.4 Planificación quirúrgica compleja a través del modelo en impresión 3D

El Proyecto Planificación Quirúrgica Compleja a través de un modelo en impresión 3D es un sistema innovador consistente en modelizar piezas, a partir de imágenes en TAC (Tomografía Axial Computarizada), que permitan que los cirujanos dispongan de la pieza *en mano* en la preparación de la intervención.

Para ello, se procede a un diseño del modelo en imagen 3D, bien empleando TAC o RMN (Resonancia Magnética Nuclear) junto con software específico, que permite la transformación del modelo gráfico a objeto sólido tridimensional, mediante impresión 3D. Ello da la oportunidad de planificar y ensayar la intervención en un entorno de *simulación real*.

Este modelo de preparación ya se ha realizado en el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario Río Hortega como prueba de concepto sobre displasia de cadera compleja para poder comparar resultados con otras intervenciones previas de este proceso. Los resultados tras la implantación de la prótesis de cadera muestran que la duración de la intervención se reduce sustancialmente debido a la preparación prequirúrgica con una planificación previa de la técnica y materiales a emplear por parte del cirujano, habida cuenta de que se dispone de una planificación más sencilla y precisa a la situación real del paciente, al disponer el cirujano en sus manos de toda la volumetría de la pieza. Del mismo modo, las características del material y el tamaño se ajustan a la estructura real, lo que permite un abordaje quirúrgico más preciso y con menor lesión de estructuras adyacentes.

Todo ello permite una optimización del material quirúrgico a utilizar, con mejor elección del implante y fijaciones, acortando tiempos quirúrgicos, reduciendo la probabilidad de complicaciones (menor sangrado, menor exposición a la anestesia, menor probabilidad de infección), y disminuyendo también los tiempos para la recuperación y deambulación, así como, los costes subsiguientes.

El proyecto ha dado lugar a la preparación de un catálogo de patologías diana susceptibles de ser acometidas por este procedimiento, definiendo aquellos procesos donde pueden estar indicados la planificación quirúrgica por impresión 3D, tras verificar la similitud del modelo con la estructura real, junto con el análisis de las ventajas y resultados obtenidos.

## 2.4.5 Proyecto Acción para Mejorar la Atención en la Detección del Deterioro Clínico y la Utilización de Recursos-AMADEUS

Durante la evolución clínica de los pacientes ingresados en plantas de hospitalización se produce frecuentemente deterioro clínico, cuya detección temprana no es posible con la precocidad necesaria para una actuación efectiva. En el Hospital Universitario Río Hortega se ha diseñado un Servicio Extendido de Cuidados Intensivos basado en la utilización de una adaptación de la escala *Early Warning Score* (EWS) que permite calcular precozmente el riesgo de deterioro clínico de los pacientes a través de los datos vertidos de manera rutinaria en la historia clínica electrónica hospitalaria. El cálculo del riesgo de deterioro de los pacientes se realiza a través de los inputs que el sistema recibe en forma de constantes clínicas, adecuando los recursos (frecuencia de toma de constantes y atención especializada) al riesgo del paciente en cada momento.

Tras un análisis inicial con datos de los años 2012 y 2013, referido a aquellos casos que hubieran podido ser detectados precozmente con ese sistema en el Hospital Universitario Río Hortega, se estimó la cifra en 187 pacientes por año (23 pacientes fallecidos de forma inesperada, 4 pacientes en parada cardiorrespiratoria, 144 ingresos inesperados en cuidados intensivos y 16 reingresos en UCI durante la misma estancia hospitalaria).

Tras realizar las adaptaciones tecnológicas para implementar e integrar la escala en las historias clínicas, verificando indicadores de actividad, monitorizando el funcionamiento del sistema y calculando los resultados de asistencia sanitaria predefinidos, los resultados han mostrado un resultado favorable, para intervenir y evitar la progresión del deterioro en un número importante de las alertas recibidas a través del sistema.

Por todo ello, el pilotaje de un sistema innovador en nuestro medio de detección del deterioro clínico de los pacientes y de respuesta asistencial rápida ha resultado muy satisfactorio desde el punto de vista tecnológico, organizativo y funcional pudiéndose desplegar a más servicios y hospitales de la comunidad. Se trata de un sistema de detección proactivo y precoz que repercute directamente en la salud de los pacientes, además de reducir estancias hospitalarias,

disminución de efectos adversos y la consiguiente reducción de costes, facilitando un uso más racional de los recursos.



### 3 Infraestructuras sanitarias

La situación de crisis económica de los últimos años tuvo impacto en el desarrollo de algunas iniciativas en el ámbito de infraestructuras. En el inicio de un proceso de recuperación, se están afrontando las obras en distintas infraestructuras de la Comunidad Autónoma, tanto en el ámbito de atención primaria como especializada.

Cabe destacar la ejecución del nuevo Hospital de Salamanca, que se prevé esté finalizado en su primera fase a finales de 2018. Durante 2015 se han levantado las estructuras de los distintos bloques de hospitalización y técnicos, las cubiertas y se han iniciado las fachadas, con una inversión anual en la construcción de este hospital de 35.106.272 euros.

También durante el año 2015 se ha puesto en funcionamiento la primera fase (hospitalización, instalaciones centrales, urbanización y aparcamiento) del Hospital Provincial de Zamora, dotado con 160 camas, con una inversión total de más de 18 millones de euros.

En el ámbito de la Atención Primaria se iniciaron las obras de ampliación y reforma del Centro de Salud de Esguevillas de Esgueva (Valladolid), con una inversión de 500.000 euros, cuya finalización está prevista en 2016.

Más allá del desarrollo de nuevas infraestructuras, deben ser también destacadas las iniciativas relacionadas con la eficiencia y sostenibilidad energética. A este respecto en el año 2015 se han incorporado los contratos de suministro de los centros de la Gerencia Regional de Salud a OPTE, herramienta informática desarrollada por el Ente Regional de la Energía de Castilla y León (EREN) que permite la monitorización de cada uno de los contratos de suministro energético, electricidad y gas, que tiene la Gerencia Regional de Salud en sus edificios. Así, OPTE registra los datos técnicos de 334 puntos de distribución eléctrica, con un consumo de 126.100 Mwh/año y un gasto de 19,7 millones de euros anuales. Y los de 117 suministros de gas, que suman 194.700 MWh/año de consumo y generan un coste de 8,6 millones de euros anuales.

La puesta en práctica de OPTE permite, en particular, controlar el consumo de energía mediante registros informatizados -lo que no se mide no se consume-, y reducir el gasto energético fijo a través de la optimización técnico-económica de los contratos, a través de, entre otros, la adecuación de potencias eléctricas contratadas, así como facilitar las compras centralizadas de energía, aprovechando las economías de escala. Del mismo modo, se mejora el proceso de tramitación administrativa de compra, haciéndola más ágil y eficiente, habilitando una plataforma de indicadores energéticos y la creación de modelos matemáticos por centro para establecer consumos objetivos o de buenas prácticas, y promoviendo inversiones de ahorro y eficiencia energética en los centros donde se detectan sobreconsumos y asegurar el seguimiento de los ahorros derivados de éstas. Este chequeo se completa con una comparativa de consumos que se realiza a través de una plataforma de indicadores energéticos, la cual permite contrastar los registros entre centros del mismo tipo en la Comunidad e identificar los que ofrecen mayor potencial de ahorro.

El Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas ha destacado el mérito de poner en marcha esta iniciativa en una administración autonómica de grandes dimensiones como es la Junta de Castilla y León y ha valorado la implicación de los empleados públicos, que han sido colaboradores directos del proyecto, en la concesión del accésit del Premio a la Innovación en la Gestión 2015.

Por otro lado, y siguiendo un proceso iniciado ya hace más de una década, la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León continúa el Programa Hospisol, para la ejecución de instalaciones solares térmicas en los hospitales de la Comunidad Autónoma. En su implantación se cuenta con la colaboración del EREN, el cual analiza, elabora los proyectos, ejecuta materialmente y mantiene las instalaciones. Cada uno de los hospitales, por su parte, se beneficia de un ahorro energético a la vez que contribuye a mejorar la calidad del medioambiente.

**Tabla 3-1 Hospitales incorporados al Programa Hospisol, 2015**

Complejo	Hospital	Superficie de captación solar (m <sup>2</sup> )	Inversión (€) (c/IVA)
Complejo Asistencial de Ávila	Hospital Nuestra Señora de Sonsoles	357,84	189.584
Complejo Asistencial Universitario de Burgos	Hospital Fuente Bermeja	79,67	66.523
	Edificio Divino Vallés	176,00	113.477
	Hospital Santos Reyes (Aranda de Duero)	110,00	78.026
Complejo Asistencial Universitario de León	Hospital Santiago Apóstol (Miranda de Ebro)	198,00	112.300
	Hospital Universitario de León	506,00	250.625
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca	Hospital de El Bierzo (Ponferrada)	587,77	324.882
	Hospital Los Montalvos	154,91	23.919
Complejo Asistencial de Segovia	Hospital Virgen del Castañar (Béjar)	17,60	17.502
Complejo Asistencial de Segovia	Hospital General de Segovia	220,00	113.689
Complejo Asistencial de Soria	Hospital Santa Bárbara	176,00	112.833
Complejo Asistencial Universitario de Palencia	Hospital Río Carrión	440,00	258.514
	Hospital Río Hortega (Valladolid)	354,08	267.004
Complejo Asistencial de Zamora	Hospital de Medina del Campo	158,40	81.843
	Hospital Virgen de la Concha	354,20	178.225
<b>Total</b>		<b>3.890,5</b>	<b>2.188.946</b>

Fuente: Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. Programa Hospisol.

Desde su puesta en marcha y hasta el 31 de diciembre de 2015, el conjunto de las instalaciones solares ejecutadas bajo el Programa Hospisol han generado más de 14.822.497 KWh, lo que se traduce en un ahorro económico de 1.600.830 euros (IVA incluido). Todo ello ha supuesto que esta apuesta de la Junta de Castilla y León se viera recompensada con la concesión del Premio Europeo 2008 al mejor proyecto europeo de servicios energéticos en el sector público.

# 4 Recursos humanos

## 4.1 Programa de post-formación sanitaria especializada de residentes

Castilla y León ocupa el segundo lugar del ranking nacional en cuanto a la tasa de plazas de formación sanitaria especializada acreditadas por 100.000 habitantes. A través del programa de post-formación sanitaria especializada de los internos residentes que finalizan su formación en los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud, se pretende incentivar a los mejores profesionales que acaban de terminar su residencia en la Comunidad Autónoma, y facilitar su permanencia en el Sistema de Salud de Castilla y León.

La creación de este programa de post-formación sanitaria especializada se contempla en la normativa autonómica desde 2014. En abril de 2015, mediante Orden SAN/360/2015, de 29 de abril, fue aprobado por primera vez el Programa 2015 para el reconocimiento e incentivación de los profesionales que finalizan su residencia en los centros de Sacyl.

Este programa constituye un reconocimiento a la trayectoria y compromiso con la prestación asistencial de los profesionales que finalizan su formación, quedando establecido que se aprobará anualmente mediante Orden del Consejero competente en materia de sanidad, con la finalidad de promover el desarrollo de la formación clínica y de las capacidades de investigación de quienes hayan completado su formación como especialistas. Del mismo modo, permite impulsar el mantenimiento de la excelencia en la calidad de los profesionales y, por ende, la excelencia en la calidad asistencial a prestar a los ciudadanos, en línea con los objetivos de la organización.

El programa lleva aparejado la posibilidad de obtener un nombramiento, de acuerdo con la legislación específica en el ámbito sanitario, para continuar su formación clínico-investigadora con una duración máxima de tres años. El procedimiento, que se inicia de oficio, establece que las Comisiones de Docencia de cada hospital o gerencia de atención primaria deberán proponer al Comité de Evaluación, compuesto por los profesionales que se designen en la convocatoria, un número de candidatos de su gerencia.

El citado Comité de Evaluación de los profesionales post-residentes deberá evaluar a los post-residentes (post-EIR, MIR, PIR, FIR, etc.) teniendo en cuenta los criterios de valoración determinados, que operan esencialmente en las siguientes áreas: la docencia y formación relacionadas con la especialidad, la investigación, premios y becas, gestión clínica, aptitudes, actitudes y motivación. En términos generales, la evaluación se realizará antes del 30 de junio de cada año.

Con posterioridad, la Comisión de reconocimiento de profesionales post-residentes, teniendo en cuenta la valoración resultante de la evaluación realizada por el comité anterior establecerá una nota de corte que determinará los candidatos que pueden presentar un proyecto de investigación, dando traslado del listado de candidatos a las correspondientes gerencias. Desde cada gerencia se dará publicidad del programa a los profesionales post-residentes, para que presenten un proyecto investigación que será remitido por las gerencias a la Comisión de Reconocimiento, que procederá a la valoración de los candidatos.

Los criterios de valoración de los proyectos son: evaluación científico-técnica y metodológica, relevancia científica y sanitaria; así como la adecuación entre el objeto de investigación y las líneas de investigación priorizadas por la Gerencia Regional de Salud; y el potencial de transferencia real de los resultados del proyecto a la práctica clínica. Una vez valorados esos apartados respecto a cada candidato, la Comisión de Reconocimiento emitirá informe en el que señale el número de candidatos con mayor puntuación. Dicha puntuación se obtiene teniendo en cuenta la puntuación del Comité Evaluador, la puntuación obtenida en la Evaluación de Residencia y la puntuación del Proyecto de Investigación.

Si alguna de las modalidades no cubriera su número de reconocimientos, los no concedidos en tal modalidad son acumulables a cualesquiera de las otras aprobadas. Los seleccionados podrán obtener un nombramiento eventual para continuar su formación clínico investigadora durante tres años en los centros e instituciones sanitarias de Sacyl.

La primera convocatoria de selección, efectuada en 2015, ha permitido la contratación de 15 post-residentes durante tres años para ampliar su formación clínica e investigadora: 9 de ellos procedentes de especialidades hospitalarias, farmacéuticas, de psicología y pluridisciplinarias, junto con 4 MIR en medicina familiar y comunitaria y 2 EIR.

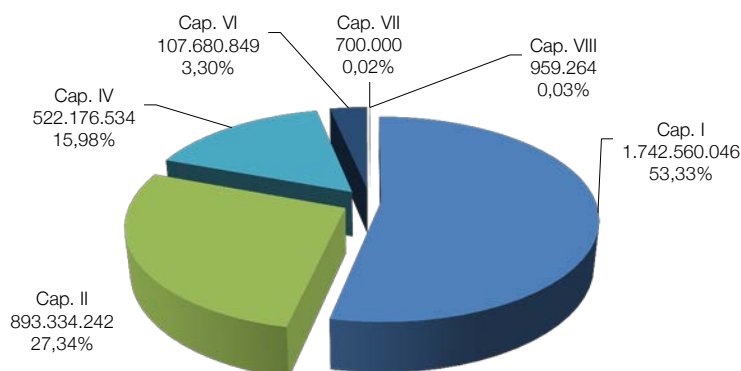
## 5 Gestión económico financiera

De acuerdo con la estadística de gasto sanitario público, consolidado por comunidades autónomas (datos disponibles correspondientes al año 2013), el gasto sanitario público en Castilla y León ascendió a 1.346 euros por habitante, cifra por encima de la media nacional (1.208 euros por habitante). En Castilla y León el gasto sanitario público supone un 6,3% del PIB, cifra que se encuentra casi un punto por encima de la media española (5,4%).

Después de cuatro ejercicios consecutivos con decrementos de su presupuesto inicial, para 2015 la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, incluyendo datos consolidados de la Gerencia Regional de Salud, organismo autónomo adscrito a esta Consejería, pudo contar con un presupuesto inicial superior en un 2,4% al del ejercicio precedente llegando a alcanzar los 3.267.410.935 euros.

Distribuido por capítulos de gasto, los incrementos fueron superiores al total en aquellos destinados a bienes corrientes y servicios, transferencias corrientes y, principalmente en términos porcentuales e inversiones reales.

**Gráfico 5-1 Presupuestos de la Consejería de Sanidad de Castilla y León, 2015**



Fuente: Junta de Castilla y León.

En cuanto a la distribución funcional, los únicos subprogramas de gasto que se minoraron en el ejercicio 2015 fueron los destinados a los gastos de administración y servicios generales y de salud pública, experimentando todos los subprogramas directamente asistenciales gestionados por la Gerencia Regional de Salud incrementos similares.

En términos de ejecución presupuestaria, y gracias a la incorporación de nuevos créditos durante el ejercicio, las disponibilidades de la Consejería de Sanidad durante 2015 respecto al ejercicio precedente fueron aún mayores. En concreto, la variación ascendió a un 15,8%, casi 500 millones de euros más de obligaciones, fundamentalmente en el capítulo destinado a bienes y servicios corrientes.

**Tabla 5-1 Ejecución presupuestaria-consolidado. Consejería de Sanidad, 2014 y 2015**

Capítulo presupuestario	2014	2015	Δ%
Capítulo 1. Gastos de personal	1.727.346.575	1.758.556.748	1,8
Capítulo 2. Gastos de bienes corrientes y servicios	740.309.692	1.172.831.766	58,4
Capítulo 3. Gastos financieros	24.895.704	9.752.973	-60,8
Capítulo 4. Transferencias corrientes	593.185.649	619.990.509	4,5
Capítulo 6. Inversiones reales	52.627.863	74.198.591	40,9
Capítulo 7. Transferencias de capital	1.081.816	599.736	-44,5
Capítulo 8. Activos financieros	617.688	523.743	-15,2
<b>Total</b>	<b>3.140.064.987</b>	<b>3.636.454.066</b>	<b>15,8</b>

Fuente: Junta de Castilla y León.

En cuanto al comportamiento del gasto correspondiente al ejercicio, excluido por tanto el pago de facturas de ejercicios precedentes o conceptos de atrasos como el pago de parte de la paga extraordinaria de los empleados públicos dejada de percibir en 2012, este experimentó un crecimiento del 5,0% repartido de manera desigual entre los conceptos de gasto, ya que mientras la receta médica o los gastos de personal tuvieron ligeros incrementos, por debajo del correspondiente al presupuesto inicial de la Consejería; el gasto en bienes corrientes y servicios creció hasta un 11,7% debido fundamentalmente al notable crecimiento del gasto en fármacos hospitalarios como consecuencia, en su mayoría, de los nuevos fármacos contra el virus de la hepatitis C; también es destacable el 9,3% de subida del gasto en material sanitario, en este caso debido en gran medida a la aplicación con carácter general del tipo impositivo del IVA del 21,0%, frente al tipo reducido que se aplicaba a la mayor parte del material sanitario hasta el 31 de diciembre de 2014.

**Tabla 5-2 Gasto consolidado, Consejería de Sanidad, 2014 y 2015**

Concepto de Gasto	2014 euros	2015 euros	Δ%
Personal	1.729.120.406	1.758.345.417	1,6
Atención continuada	194.138.024	197.656.464	1,8
Sustituciones	51.238.582	71.076.783	38,7
Bienes corrientes y servicios	994.608.507	1.111.288.519	11,7
Farmacia hospitalaria	303.188.091	373.081.029	23,0
Material sanitario	253.482.312	277.119.411	9,3
Conciertos asistenciales	142.090.839	141.408.635	-0,4
Transferencias corrientes	601.636.893	620.023.802	3,0
Receta médica	592.467.069	606.231.359	2,3
Inversiones de capital	53.709.679	74.798.327	39,2
Gastos y activos financieros	25.513.392	10.276.716	59,7
<b>Total</b>	<b>3.404.588.877</b>	<b>3.574.732.782</b>	<b>5,0</b>

Fuente: Junta de Castilla y León.

## 6 La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes

La naturaleza abierta y colaboradora que es consustancial a la Comunidad de Castilla y León, así como su extraordinario potencial estratégico, hacen de la política de cooperación un fenómeno lógico y espontáneo, pero también un capítulo de magnitud ascendente en la política autonómica a partir del mandato recibido por el Estatuto de Autonomía, reformado en el año 2007. La cooperación de Castilla y León con las Comunidades Autónomas se extiende, principalmente, a las nueve Comunidades Autónomas con las que Castilla y León tiene especiales vínculos históricos, económicos y culturales derivados, en gran parte, de su posición territorial.

Esta línea de cooperación estratégica responde a tres grandes objetivos: en primer lugar, y como principal referente, desde la Junta de Castilla y León se pretende contribuir con estas actuaciones a fijar población en las zonas periféricas, para lo cual resulta imprescindible acercar a los ciudadanos los mejores servicios esenciales y ofrecer unas prestaciones de calidad para eliminar así las diferencias entre territorios; en segundo lugar, responde al desarrollo del Estatuto de Autonomía reformado en 2007 y a la aspiración de conseguir un autonomismo útil y cooperativo -útil para los ciudadanos beneficiados por el ámbito de actuación de los acuerdos, y cooperativo dentro de un marco de diálogo fluido y necesario con el conjunto del Estado, y de manera especial, con las comunidades autónomas más cercanas-, todo ello conforme subraya el artículo 60.1 del Estatuto de Autonomía de Castilla y León.

Finalmente, un tercer objetivo de esta línea de trabajo es impulsar nuestro desarrollo estatutario, profundizando en nuestro autogobierno bajo la base de una nueva política de cohesión del Estado Autonómico promovida por las propias comunidades autónomas para la correcta coordinación de sus competencias exclusivas.

Desde que recibió este mandato estatutario, Castilla y León ha impulsado la firma de más de 40 acuerdos de colaboración con las comunidades autónomas limítrofes para facilitar el acceso a los diferentes servicios públicos indistintamente a la comunidad en la que residen, lo que permite mejorar no solo su calidad de vida y bienestar, sino conseguir mayor eficacia en la gestión así como trabajar en asuntos de interés común.

Prueba de toda esta colaboración son algunos resultados destacables: se ha facilitado a más de 260.000 ciudadanos la posibilidad de acudir a los centros de salud o a los hospitales más próximos a su lugar de residencia, independientemente de la comunidad a la que pertenezca; más de 43.000 pacientes de Castilla y León y las comunidades autónomas con las que hemos firmado protocolos han hecho uso de esta posibilidad durante los últimos cuatro años.

Asimismo, se ha intensificado la coordinación entre los servicios de urgencias y emergencias del 112 con todas las comunidades limítrofes, para que todas las situaciones de emergencia puedan ser atendidas correctamente, con independencia de si la llamada se hace desde un territorio u otro. De esta forma el Centro de Emergencias de Castilla y León 112 ha atendido entre los años 2001-2015 cerca de 25.000 llamadas procedentes de comunidades limítrofes, y se han realizado en el mismo periodo 23 intervenciones del Grupo de Rescate de Castilla y León.

En materia de asistencia sanitaria la Junta de Castilla y León mantiene, como una de sus prioridades, la cooperación recíproca con comunidades autónomas limítrofes, y para lograr este objetivo se han firmado distintos convenios marco y adendas referidos a la asistencia sanitaria al amparo de los protocolos generales de colaboración que se han ido estableciendo desde 2008. En la actualidad, Castilla y León tiene en vigor convenios/protocolos generales de colaboración en materia sanitaria con Aragón, Asturias, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid y País Vasco.

Este marco de colaboración entre regiones españolas tiene como fin último ofrecer a los ciudadanos mejores servicios sanitarios, atendiendo a los principios de solidaridad, universalidad y equidad recogidos tanto en la Ley General de Sanidad y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud como en la Ley de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y

León. Apostando por el establecimiento de mecanismos de colaboración que permitan ofrecer una asistencia sanitaria de calidad, rápida y cercana, a cualquier ciudadano, gracias a la consideración del sistema sanitario como un todo, en el que políticas de cohesión como esta, basadas en la cooperación entre comunidades, faciliten la accesibilidad de los usuarios a los recursos asistenciales con independencia de su lugar de residencia.

Como consecuencia de los protocolos firmados se redactan, en algunos casos, convenios específicos y adendas en materia de sanidad, con las correspondientes especificidades de las situaciones a las que prestan atención, a los ámbitos asistenciales de Atención Primaria, Atención Especializada, y Urgencias / Emergencias.

En general, los protocolos hacen referencia a determinadas materias que pueden ser objeto de posible colaboración, que incluyen la atención sanitaria en urgencias, emergencias y transporte sanitario; atención primaria de salud; atención especializada (ambulatoria y hospitalaria); atención en salud mental y asistencia psiquiátrica; tarjeta sanitaria; formación del personal; investigación en ciencias de la salud; desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación; organización de los servicios sanitarios; salud pública; y cualesquiera otras que dentro del ámbito sanitario y de acuerdo con sus competencias consideren oportuno ambas partes.

Con la Comunidad Autónoma de Aragón, se ha establecido un Convenio Marco de Colaboración para la coordinación en materia de asistencia sanitaria, de 28 de abril de 2008; Convenio de Colaboración Específico para la Asistencia Sanitaria en Urgencias y Emergencias en la zona limítrofe, de 28 de Abril de 2008; Convenio de Colaboración Específico para la Atención Primaria y Especializada, de 28 de abril de 2008; Convenio entre la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León y el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud de 9 de mayo de 2008; y Protocolo general de colaboración entre el Gobierno de Aragón y la Junta de Castilla y León, de 14 de Septiembre de 2009.

**Tabla 6-1 Colaboración entre Aragón y Castilla y León, 2014 y 2015**

	2014		2015	
	Pacientes de Aragón atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en Aragón	Pacientes de Aragón atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en Aragón
Atención Primaria	El Centro de Salud (CS) Ólvega atiende pacientes de Pomer. El C.S Arcos de Jalón atiende pacientes de Pozuelo de Ariza	(*)	El C.S Ólvega atiende pacientes de Pomer. El C.S Arcos de Jalón atiende pacientes de Pozuelo de Ariza	(*)
Atención Especializada	497	482	504	475
Emergencias Sanitarias	0	11	(1)	

Observaciones:(\*) El convenio no contempla este tipo de asistencia. (1) Para el año 2015 no se dispone de la información relativa a Emergencias Sanitarias.

Fuente: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud.

Los acuerdos de colaboración establecidos con la Comunidad Autónoma de Asturias incluyen el Protocolo General de Colaboración entre el Gobierno del Principado de Asturias y la Junta de Castilla y León, de 8 de julio de 2008; y el Protocolo de Colaboración entre la Consejería de Economía y Empleo de la Administración de la Comunidad de Castilla y León y el Servicio de Salud del Principado de Asturias, a través del Instituto Nacional de Silicosis, de 31 de julio de 2014.



**Tabla 6-2 Colaboración entre Asturias y Castilla y León , 2014 y 2015**

	2014		2015	
	Pacientes de Asturias atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en Asturias	Pacientes de Asturias atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en Asturias
Atención Primaria	94	(*)	153	(*)
Atención Especializada	(*)	88	(*)	40
Emergencias Sanitarias	0	1	(1)	

Observaciones:(\*) El convenio no contempla este tipo de asistencia. (1) Para el año 2015 no se dispone de la información relativa a Emergencias Sanitarias.

Fuente: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud.

Con la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha se estableció el Protocolo General de Colaboración entre la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y la Junta de Castilla y León, de 20 de febrero de 2009, así como la Adenda en materia de asistencia sanitaria de 20 de febrero de 2009.

**Tabla 6-3 Colaboración entre Castilla-La Mancha y Castilla y León, 2014 y 2015**

	2014		2015	
	Pacientes de Castilla- La Mancha atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en Castilla-La Mancha	Pacientes de Castilla- La Mancha atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en Castilla-La Mancha
Atención Primaria	(*)	(*)	(*)	(*)
Atención Especializada	(*)	3.318	(*)	3.474
Emergencias Sanitarias	3	10	(1)	

Observaciones:(\*) El convenio no contempla este tipo de asistencia. (1) Para el año 2015 no se dispone de la información relativa a Emergencias Sanitarias.

Fuente: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud.

Con respecto a los acuerdos establecidos con Galicia, cabe citar el Protocolo de Colaboración entre la Comunidad Autónoma de Galicia y la Comunidad Autónoma de Castilla y León, de fecha 17 de marzo de 2008; el Convenio Marco de Colaboración entre la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia, y la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, de 19 de diciembre de 2008; el Convenio Específico de Colaboración entre la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia, el Servicio Gallego de Salud, y la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León para la atención primaria, especializada y asistencia sanitaria de urgencias y emergencias en zonas limítrofes, de 19 de diciembre de 2008; el Convenio Específico de Colaboración entre la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia, y la Fundación de Hemoterapia y Hemodonación de la Comunidad de Castilla y León en materia de extracción de sangre de cordón umbilical y su procesamiento, de 16 de febrero de 2009; y finalmente el Protocolo General de Colaboración entre la Xunta de Galicia y la Junta de Castilla y León, de 20 de enero de 2010.

**Tabla 6-4 Colaboración entre Galicia y Castilla y León, 2014 y 2015**

	2014		2015	
	Pacientes de Galicia atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en Galicia	Pacientes de Galicia atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en Galicia
Atención Primaria (**)	3.194	(*)	3.153	(*)
Atención Especializada	(*)	357	(*)	353
Emergencias Sanitarias	0	0	(1)	

Observaciones:(\*) El convenio no contempla este tipo de asistencia. (\*\*) Están sumadas las consultas que realiza el médico con las que realiza la enfermera, esto significa que un mismo paciente puede tener dos asistencias distintas. (1) Para el año 2015 no se dispone de la información relativa a Emergencias Sanitarias.

Fuente: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud.

Con la Comunidad Autónoma de Extremadura, se han establecido el Protocolo General de Colaboración entre la Junta de Extremadura y la Junta de Castilla y León, de 21 de enero de 2009, la Adenda en materia de asistencia sanitaria, de 19 de mayo de 2009 y la 2ª Adenda al Protocolo General, de 19 de mayo de 2010.

**Tabla 6-5 Colaboración entre Extremadura y Castilla y León, 2014 y 2015**

	2014		2015	
	Pacientes de Extremadura atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en Extremadura	Pacientes de Extremadura atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en Extremadura
Atención Primaria (**)	(*)	1.497	(*)	1.346
Atención Especializada	213	347	164	434
Emergencias Sanitarias	0	1	(1)	

Observaciones:(\*) El convenio no contempla este tipo de asistencia (\*\*) Están sumadas las consultas que realiza el médico con las que realiza la enfermera, esto significa que un mismo paciente puede tener dos asistencias distintas. (1) Para el año 2015 no se dispone de la información relativa a Emergencias Sanitarias.

Fuente: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud.

Con respecto a La Rioja, debe citarse el Protocolo general de Colaboración entre la Comunidad de La Rioja y la Junta de Castilla y León, de 19 de junio de 2008; la Adenda General, de 8 de julio de 2009; el anexo segundo a la Adenda en materia de asistencia sanitaria de 29 de marzo de 2010; la Segunda Adenda de 10 de noviembre de 2010; y finalmente la Tercera Adenda, de 9 de octubre de 2013.

**Tabla 6-6 Colaboración entre La Rioja y Castilla y León, 2014 y 2015**

	2014		2015	
	Pacientes de La Rioja atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en La Rioja	Pacientes de La Rioja atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en La Rioja
Atención Primaria	(*)	El C.S de Torrecilla de Cameros atiende a pacientes de Montenegro de Cameros (Soria)	(*)	El C.S de Torrecilla de Cameros atiende a pacientes de Montenegro de Cameros (Soria)
Atención Especializada	717	474	645	216
Emergencias Sanitarias	0	1	(1)	

Observaciones :(\*) El convenio no contempla este tipo de asistencia. (1) Para el año 2015 no se dispone de la información relativa a Emergencias Sanitarias.

Fuente: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud.

En lo que respecta a la Comunidad de Madrid, el acuerdo queda plasmado en el Protocolo General de Colaboración entre la Comunidad de Madrid y la Junta de Castilla y León, de 4 de junio de 2008.

**Tabla 6-7 Colaboración entre Madrid y Castilla y León, 2014 y 2015**

	2014		2015	
	Pacientes de Madrid atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en Madrid	Pacientes de Madrid atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en Madrid
Atención Primaria	Pacientes desplazados de Madrid temporalmente que son atendidos en El Espinar, La Granja de San Ildefonso, Navafría y Riaza (Segovia) o Sotillo de la Adrada y Cebreros (Ávila)	(*)	Pacientes desplazados de Madrid temporalmente que son atendidos en El Espinar, La Granja de San Ildefonso, Navafría y Riaza (Segovia) o Sotillo de la Adrada y Cebreros (Ávila)	(*)
Atención Especializada	(*)	81	(*)	114
Emergencias Sanitarias	4	77	(1)	

Observaciones:(\*) El convenio no contempla este tipo de asistencia. (1) Para el año 2015 no se dispone de la información relativa a Emergencias Sanitarias.

Fuente: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud.

Los acuerdos con la Comunidad Autónoma del País Vasco quedan recogidos en el Protocolo General de Colaboración entre el Gobierno Vasco y la Junta de Castilla y León, de 23 de enero de 2012.

**Tabla 6-8 Colaboración entre el País Vasco y Castilla y León, 2014 y 2015**

	2014		2015	
	Pacientes de País Vasco atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en País Vasco	Pacientes de País Vasco atendidos en Castilla y León	Pacientes de Castilla y León atendidos en País Vasco
Atención Primaria	Pacientes del País Vasco que pueden ser atendidos en los CS de cualquiera de las ZBS limítrofes	El CS de Valdegovia atiende pacientes de San Zadornil (Burgos)	Pacientes del País Vasco que pueden ser atendidos en los CS de cualquiera de las ZBS limítrofes	El CS de Valdegovia atiende pacientes de San Zadornil (Burgos)
Atención Especializada	1.682	2.328	1.539	2.497
Emergencias Sanitarias	2	2	(1)	

Observaciones:(1) Para el año 2015 no se dispone de la información relativa a Emergencias Sanitarias.

Fuente: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud.

Finalmente, está previsto que la Junta de Castilla y León cierre próximamente el mapa de convenios con las comunidades vecinas, con la firma del Protocolo general de colaboración con el Gobierno de Cantabria, iniciando así una nueva etapa en las relaciones entre las dos comunidades.

Por último, cabe mencionar la Cooperación con Portugal, país con el que la Comunidad de Castilla y León presenta relación de frontera y proximidad en muchos y diversos ámbitos. En el ámbito de salud se enmarcan acuerdos que quedan recogidos en el Acuerdo Marco entre el Reino de España y la República Portuguesa sobre cooperación sanitaria transfronteriza, hecho *ad referendum* en Zamora el 22 de enero de 2009 y su Acuerdo administrativo entre el Ministerio de Sanidad y Consumo de España y el Ministerio de Salud de Portugal relativo a las modalidades de aplicación de dicho Acuerdo Marco; así como el Acuerdo Marco entre la República Portuguesa y el Reino de España sobre cooperación transfronteriza en salud, firmado el 19 de marzo de 2010.

# Índice de tablas

Tabla 2-1	Indicadores de recursos y actividad del Sistema de Salud de Castilla y León, 2015	11
Tabla 2-2	Origen de la solicitud en la Unidad de Diagnóstico Rápido-UDR, 2015	14
Tabla 2-3	Demora para la asistencia, 2015	14
Tabla 2-4	Servicio de atención telefónica de urgencias pediátricas en Castilla y León, 2015	19
Tabla 3-1	Hospitales incorporados al programa Hospisol, 2015	24
Tabla 5-1	Ejecución presupuestaria-consolidado. Consejería de Sanidad , 2014 y 2015	28
Tabla 5-2	Gasto consolidado, Consejería de Sanidad, 2014 y 2015	28
Tabla 6-1	Colaboración entre Aragón y Castilla y León, 2014 y 2015	30
Tabla 6-2	Colaboración entre Asturias y Castilla y León , 2014 y 2015	31
Tabla 6-3	Colaboración entre Castilla-La Mancha y Castilla y León, 2014 y 2015	31
Tabla 6-4	Colaboración entre Galicia y Castilla y León, 2014 y 2015	32
Tabla 6-5	Colaboración entre Extremadura y Castilla y León , 2014 y 2015	32
Tabla 6-6	Colaboración entre La Rioja y Castilla y León, 2014 y 2015	33
Tabla 6-7	Colaboración entre Madrid y Castilla y León , 2014 y 2015	33
Tabla 6-8	Colaboración entre el País Vasco y Castilla y León, 2014 y 2015	34



# Índice de gráficos

Gráfico 5-1 Presupuestos de la Consejería de Sanidad de Castilla y León, 2015

27





# Índice de figuras

Figura 2-1 Criterios de estratificación en la población de Castilla y León, 2014

16



# Abreviaturas, acrónimos y siglas

## C

CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CPD	Centro de Procesamiento de Datos
CS	Centro de Salud

## E

EMPI	<i>Enterprise Master Patient Index</i> (Índice Maestro Corporativo de Pacientes, Repositorio Central de Datos de Pacientes)
EIR	Enfermero Interno Residente
EREN	Ente Regional de la Energía de Castilla y León
EWS	<i>Early Warning Score</i> (Puntuación de alerta temprana)

## F

FIR	Farmacéutico Interno Residente
-----	--------------------------------

## M

MIR	Médico Interno Residente
-----	--------------------------

## O

OPTE	Herramienta informática para la eficiencia y sostenibilidad energética
------	--

## P

PCPPC	Procesos Crónicos Pluripatológicos Complejos
PIR	Psicólogo Interno Residente

## R

RMN	Resonancia Magnética Nuclear
-----	------------------------------

## S

SACYL	Sanidad de Castilla y León
-------	----------------------------

## **T**

TAC	Tomografía Axial Computarizada
TSI	Tarjeta Sanitaria Individual

## **U**

UCA	Unidad de Continuidad Asistencial
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UCSS	Unidad de Convalecencia Sociosanitaria
UDR	Unidad de Diagnóstico Rápido

## **Z**

ZBS	Zona Básica de Salud
-----	----------------------