Plan de Salud de Extremadura 2013-2020

© GOBIERNO DE EXTREMADURA, octubre 2013
”Plan de Salud de Extremadura 2013-2020”

Edita: Consejería de Salud y Política Social
Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo
1ª Edición, Mérida, octubre 2013

Depósito Legal: BA-671-2013

Director General de Planificación, Calidad y Consumo
José Manuel Granado García

Coordinación:
Granado García, José Manuel
Molina Alén, M Estefanía

Equipo de redacción, coordinación y corrección:
Amador Galván, Manuel
Cerro Martín, Raquel
Cordón Arroyo, Ana María
Gago Frutos, Isidoro
García Lozano, Marta
Granado García, José Manuel
Molina Alén, Mª Estefanía
Molina Barragán, Eugenio
Salete de Miguel, Gloria
Tomé Pérez, Yolanda
Vázquez Mateos, Julio
Zamora Domínguez, Susana
Zarallo Barbosa, Tomás

Otros autores/colaboradores:
Todas las personas cuyos nombres figuran en el apartado de Anexos, bajo el título de colaboradores

Apoyo administrativo:
García Solana, Diego
Gil Martí, Marina

SALUDA

La Constitución Española reconoce el derecho de todos a la protección de la salud, y es el deber de todo gobierno garantizar ese derecho, poniendo al servicio de la ciudadanía todas las herramientas disponibles para su consecución.

Teniendo muy en cuenta este planteamiento, desde el Gobierno de Extremadura -a través de la Consejería de Salud y Política Social- hemos trabajado intensamente para impulsar este Plan de Salud, por y para la región, acorde a la realidad de nuestra Comunidad Autónoma y a las necesidades de la población extremeña.

Con ello diseñamos la Sanidad de la Nueva Extremadura. Hemos partido de un análisis de situación actualizado y elaborado un nuevo documento que tiene en cuenta las principales necesidades en materia sanitaria de nuestras ciudadanas y ciudadanos, que da respuesta a los problemas de salud prevalentes y emergentes en la región, que cuenta para ello con los profesionales como principales protagonistas de los logros alcanzados, con las necesidades en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su rehabilitación, y que fomenta la concienciación y corresponsabilidad de todas y todos en nuestra propia salud.

El resultado de este trabajo es lo que ya se conoce como “el Plan de planes”, un ambicioso pero realista proyecto que cuenta, además, con la participación de toda la sociedad extremeña a la que va dirigida.

Este quinto Plan de Salud para Extremadura es el más consensuado en la historia de los planes de salud de la región. En su elaboración han participado 43 miembros de distintas áreas del Gobierno autonómico que formaban el Comité Técnico del Plan, 330 profesionales expertos de las distintas administraciones públicas de la Comunidad Autónoma organizados en 29 grupos de trabajo, y 246 representantes de diferentes colectivos y entidades implicadas. En este documento se han incorporado nada menos que el 70% de las 171 enmiendas presentadas al mismo.

Ese alto grado de implicación de todos los sectores de la sociedad extremeña es la principal característica y mejora de este plan, que continua con la pretensión del Gobierno de Extremadura de hacer protagonista a la sociedad civil de las principales decisiones, medidas y actuaciones que se ponen en marcha en la región. Un compromiso que también cumplimos en materia sanitaria.

Del mismo modo, el periodo de vigencia de este documento es otra de las novedades que incluye este nuevo plan respecto a los anteriores, que se amplía de cuatro a ocho años con el fin de poder adaptarse de un modo más profundo a las necesidades reales de la región y abarcar otras áreas relacionadas con la salud que no se contemplaban, de forma tan exhaustiva, en los documentos anteriores. Con estas novedades, se logrará también la mejora de la gestión y de la planificación sanitarias, incorporando la innovación a los servicios que se prestan a la ciudadanía. Este Plan también es consciente de que la mejor forma de garantizar la sanidad para nuestras ciudadanas y ciudadanos es luchar por su sostenibilidad.

Hoy estamos ante un plan dinámico que se someterá, siguiendo la metodología del Gobierno de Extremadura, a evaluaciones constantes para paliar posibles carencias y adaptarse a las nuevas demandas que puedan surgir en los próximos años. Porque la sanidad de Extremadura debe avanzar acorde a la sociedad y a sus necesidades. Ésta es la principal finalidad del plan, dar cumplimiento al 100% de los objetivos marcados en su elaboración.

Dicen que la salud no lo es todo, pero que sin ella todo lo demás es nada. La implantación de este plan en nuestra región, sin duda, contribuirá cualitativamente a mejorar la calidad de vida de toda la población extremeña. Hoy damos un paso esencial para el presente y el futuro de nuestra región, un paso adelante en favor de nuestras ciudadanas y ciudadanos, que son los destinatarios y la razón de todo nuestro trabajo. A su bienestar van dirigidos todos los esfuerzos que realiza el Gobierno de Extremadura, y en materia de salud, no podía ser menos.

José Antonio Monago Terraza
Presidente del Gobierno de Extremadura

PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA 2013-2020

ÍNDICE

PRÓLOGO **9**

PRESENTACIÓN **13**

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN **17**

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN **27**

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE SITUACIÓN **39**

1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS **41**
1.1. Estructura de la población 41
1.2. Envejecimiento y dependencia demográfica 44
1.3. Evolución de la fecundidad 46
1.4. Interrupciones voluntarias del embarazo 48
1.5. Mortalidad y saldo vegetativo 50
1.6. Migraciones 51
1.7. Proyecciones de la población 53

2. ESTADO DE SALUD **54**

3. MORTALIDAD **58**
3.1. Evolución de la mortalidad 58
3.2. Principales causas de defunciones 59
3.3. Mortalidad específica 62
3.4. Años potenciales de vida perdidos 68
3.5. Esperanza de vida 70

4. MORBILIDAD **71**
4.1. Enfermedades de declaración obligatoria 71
4.2. Infección VIH / Sida 74
4.3. Morbilidad hospitalaria general 76
4.4. Patología de salud mental 83
4.5. Accidentes 86
4.6. Enfermedades profesionales 95
4.7. Maltratos y violencias 97
4.8. Enfermedades raras 104

5. ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS CON LA SALUD **106**
5.1. Consumo de sustancias 106
5.2. Hábitos alimentarios 110
5.3. Actividad física 113
5.4. Exceso de peso 114
5.5. Hábitos sexuales 116

6. SALUD Y SEGURIDAD AMBIENTAL **117**
6.1. Aguas de consumo humano 117
6.2. Aguas de baño 120
6.3. Piscinas de uso colectivo 121
6.4. Prevención de la legionelosis 124
6.5. Seguridad química 126
6.6. Calidad del aire ambiente 129
6.7. Radiología ambiental 130
6.8. Residuos 132

7. SEGURIDAD ALIMENTARIA **135**
7.1. Brotes epidémicos de etiología alimentaria 135
7.2. Alertas alimentarias 135
7.3. Investigación de agentes zoonóticos 137
7.4. Control y vigilancia de las encefalopatías espongiformes transmisibles 144
7.5. Higiene alimentaria 146
7.6. Control de riesgos biológicos 150
7.7. Contaminantes 155
7.8. Plaguicidas en alimentos de origen vegetal 158
7.9. Presencia de ingredientes tecnológicos (aditivos) 158
7.10. Residuos de medicamentos veterinarios en productos de origen animal 160
7.11. Alérgenos en alimentos 161
7.12. Bienestar animal en matadero 162

8. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD **164**
8.1. Mercado de trabajo 164
8.2. Nivel de riqueza 166
8.3. Educación 168

9. SISTEMA SANITARIO **171**
9.1. Servicios sanitarios 171
9.2. Ordenación sanitaria 171
9.3. Recursos sanitarios y actividad asistencial 174
9.4. Accesibilidad 195
9.5. Banco de Sangre 196
9.6. Trasplantes de órganos y tejidos 198
9.7. Salud bucodental 200
9.8. Cuidados paliativos 201
9.9. Dolor 204
9.10. Detección precoz de las minusvalías 206
9.11. Alojamiento de familiares de pacientes 209
9.12. Participación comunitaria en salud 210
9.13. Satisfacción de la población usuaria 211
9.14. Gasto sanitario 219
9.15. Medicamentos de uso humano 221

10. PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD **224**
10.1. Salud de la mujer 224
10.2. Salud infantil 226

10.3. Inmunizaciones preventivas 228
10.4. Educación para la salud 231
10.5. Control de la Infección por VIH/Sida 236

11. ATENCIÓN SOCIOSANITARIA..... 238
11.1. Indicadores..... 238
11.2. Atención a mayores, dependencia y discapacidad..... 241

12. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO..... 243
12.1. Formación 243
12.2. Investigación 247
12.3. Documentación científica 248

CAPÍTULO IV. EJES ESTRATÉGICOS Y ÁREAS DE INTERVENCIÓN..... 251
I EJE ESTRATÉGICO: PROTECCIÓN Y ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES Y EMERGENTES EN EXTREMADURA..... 253
II EJE ESTRATÉGICO: PROTECCIÓN Y MEJORA DEL ESTADO DE SALUD, Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD..... 253
III EJE ESTRATÉGICO: MEJORA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE EXTREMADURA..... 253

CAPÍTULO V. OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN..... 255

I EJE ESTRATÉGICO: PROTECCIÓN Y ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES Y EMERGENTES EN EXTREMADURA..... 257
1. Enfermedades cardiovasculares..... 259
2. Cáncer..... 265
3. Salud mental..... 269
4. Drogodependencias y otras conductas adictivas..... 273
5. Accidentes..... 277
6. Violencias..... 281
7. Enfermedades respiratorias crónicas. EPOC..... 289
8. Enfermedades endocrinometabólicas..... 294
9. Enfermedades infecciosas..... 300
10. Enfermedades raras..... 311
11. Zoonosis..... 316

II EJE ESTRATÉGICO: PROTECCIÓN Y MEJORA DEL ESTADO DE SALUD, Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD..... 321
12. Promoción de estilos de vida saludable. EpS..... 323
13. Seguridad alimentaria..... 327
14. Salud medioambiental..... 336
15. Promoción, seguimiento y control del estado de salud..... 341
15.a. Salud infantil y del adolescente..... 341
15.b. Salud de la mujer..... 345
15.c. Salud del adulto..... 349
15.d. Salud del mayor..... 352
16. Salud laboral..... 355

III EJE ESTRATÉGICO: MEJORA DEL SSPE..... **359**
17. Planificación, ordenación y gestión sanitarias..... 361
18. Sistemas de información sanitaria y sociosanitaria..... 371
19. Sistema de urgencias y emergencias sanitarias..... 376
20. Cuidados paliativos..... 382
21. Uso racional del medicamento..... 387
22. Calidad y humanización del SSPE. Seguridad del paciente..... 393
23. Participación comunitaria..... 401
24. Atención sociosanitaria..... 404
25. Gestión del conocimiento. Formación e investigación..... 408

CAPÍTULO VI. FINANCIACIÓN..... **421**

ANEXOS..... **429**

1. Convergencia del Plan de Salud de Extremadura con otros planes y programas del Gobierno de Extremadura..... 433
2. Decreto 210/2012, de 15 de octubre, por el que se establecen las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020..... 439
3. Referencias bibliográficas..... 452
4. Abreviaturas utilizadas..... 461
5. Colaboradores..... 468
6. Otros participantes..... 474

PRÓLOGO

Plan de Salud de Extremadura
2013-2020

PRÓLOGO

El Sistema Sanitario Público de Extremadura cuenta con una nueva herramienta clave de planificación estratégica, el Plan de Salud de Extremadura 2013-2020, que basándose en los resultados de un amplio análisis de la situación actual, se ha concebido como instrumento de consolidación, mejora y adecuación del propio sistema sanitario, al tiempo que permitirá el desarrollo de nuevas estrategias y líneas de actuación concretas y específicas para la promoción y la protección de la salud, la prevención de la enfermedad y el logro de una eficiente atención sanitaria y social de toda la población extremeña.

En estos dos órdenes –sanitario y social- se ha centrado la elaboración de este documento, con el objetivo de impulsar su integración efectiva para que puedan avanzar de la mano y de forma coordinada.

Su periodo de vigencia ha sido ampliado de cuatro a ocho años, al tiempo que se contempla como un instrumento abierto a las nuevas necesidades, exigencias y oportunidades que pudieran plantearse en nuestro entorno en los próximos años, a las que se dará respuesta a lo largo de su desarrollo mediante el sistema de seguimiento y la evaluación incluido en el propio Plan.

Este Plan de Salud establece unos objetivos estratégicos definidos como prioritarios, que para este Gobierno resultan realistas, pragmáticos, y factibles, y para ello se han determinado las actuaciones específicas necesarias para su consecución. Con base en una amplia evidencia científica y establecidos para su abordaje desde y para Extremadura, estos objetivos y actuaciones cuentan y contarán para su desarrollo efectivo con el compromiso de los profesionales del Gobierno de Extremadura, quienes han participado ampliamente en la redacción del Plan.

De forma sintetizada, este Plan pretende dar la mejor respuesta a las necesidades y problemas de salud de mayor prevalencia en nuestro medio, incluyendo las patologías más frecuentes como son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la salud mental, las enfermedades respiratorias, las endocrinas, las drogodependencias, los accidentes y las violencias, las enfermedades infeccionas, las enfermedades raras, las emergentes y las reemergentes. También se ha hecho especial énfasis en la promoción y la protección de la salud en las diferentes etapas de la vida, así como la prevención de la enfermedad, la salud laboral, la salud de la mujer, la seguridad alimentaria, la salud medioambiental, y la adquisición de hábitos y de estilos de vida más saludables.

Todo ello junto a importantes medidas para la mejora, la adecuación y la eficaz gestión y funcionamiento de los sistemas sanitario y social, que estarán orientados hacia una mayor satisfacción de la ciudadanía, mejorando para ello la calidad de sus centros, servicios y prestaciones, el uso adecuado del propio sistema, las nuevas tecnologías de la información y de las telecomunicaciones, las urgencias y emergencias sanitarias y el impulso de la participación de los profesionales y de la población general, sin cuyo esfuerzo e implicación nada de esto sería posible.

Por último, agradecer la participación de los profesionales que han trabajado en su elaboración, así como a toda la sociedad extremeña en general, a los organismos, entidades, sociedades científicas, colegios profesionales, sindicatos, etc., y a todos aquellos que han colaborado y participado activamente, mediante la presentación de las enmiendas y sugerencias durante el período que estuvo expuesto y abierto a la sociedad en general como Documento de Debate del Plan de Salud de Extremadura. El Plan que presentamos es sin duda el resultado de todas esas aportaciones.

Creemos y estamos convencidos, de que este ambicioso Plan de Salud da respuesta a las demandas planteadas por la sociedad extremeña en su conjunto, y que su adecuado y continuado desarrollo y seguimiento a lo largo de su periodo de vigencia, contribuirá a lograr mayores cotas de salud y bienestar en nuestra región.

Muchas gracias.

Luís Alfonso Hernández Carrón
Consejero de Salud y Política Social

PRESENTACIÓN

PRESENTACIÓN

El Plan de Salud de Extremadura 2013-2020, es la máxima expresión de las políticas sanitarias de la Comunidad Autónoma de Extremadura y recoge las principales propuestas del Gobierno de Extremadura, referidas a la política sanitaria y social, para los próximos años.

Está sustentado en una amplia normativa relacionada, que va desde la Ley General de Sanidad, pasando por el Estatuto de Autonomía de Extremadura, la Ley de Cohesión y Calidad, la Ley de Salud de Extremadura, o en el Decreto que regula su elaboración, seguimiento y evaluación, entre otras. Igualmente se sustenta en los acuerdos establecidos en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, las propuestas efectuadas por la OMS para Europa, así como en la evidencia científica y el consenso alcanzado entre los profesionales expertos participantes, y de la sociedad en general.

El presente Plan de Salud, apuesta por la creación de una red coordinada de Atención Sanitaria y Social, y en ese marco, la Consejería de Salud y Política Social, el Servicio Extremeño de Salud, el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, y el Instituto de la Mujer de Extremadura, aúnen esfuerzos, trabajando de forma coordinada, y en la misma dirección: la mejora de la salud, del bienestar y la satisfacción de toda la población de Extremadura, objetivo que excede del ámbito puramente sanitario.

En el mismo sentido, se encuentran implicados otros departamentos de las Administraciones Públicas, que trabajarán para alcanzar los objetivos generales del Plan de Salud.

Su estructura cuenta con tres ejes estratégicos, bajo los que han sido agrupadas las diferentes áreas de intervención prioritarias para Extremadura, contando así con: un primer eje de objetivos y las líneas de actuación concretas, sobre los problemas y las necesidades de salud prevalentes y emergentes, bajo cuyo epígrafe se abordan las principales causas de morbilidad y mortalidad para la ciudadanía extremeña; un segundo eje sobre la promoción y protección de la salud y la prevención de la enfermedad, los controles de salud de la población, la salud laboral, la seguridad alimentaria, la educación para la salud, etc.; y un tercer eje dirigido a la mejora de la calidad del sistema sanitario y social, la mejora de sus estructuras y de los procesos asistenciales, de su funcionamiento, de su integración y coordinación, del fomento de la participación ciudadana y la implicación de los ciudadanos en su propia salud, dirigido al uso responsable del sistema, la gestión adecuada del conocimiento, la atención integral, etc.

Para cada objetivo, se han establecido diferentes líneas de actuación, para su cumplimiento, identificándose igualmente los organismos y/o unidades administrativas responsables, así como los criterios de evaluación, que deberán aplicarse en las posteriores fases de seguimiento y evaluación del Plan.

Todo ello, con el fin de mantenerlo monitorizado a lo largo de su periodo de vigencia, para dar respuesta a posibles cambios, necesidades y /o situaciones, que requieran la implantación de nuevas propuestas y/o medidas correctoras, que pudieran ser necesarias.

Cómo responsable de su elaboración, agradezco la generosa participación de todas las personas e instituciones que lo han hecho posible, de forma transparente, responsable, rigurosa, participativa y consensuada.

José Manuel Granado García
Director General de Planificación,
Calidad y Consumo

CAPÍTULO I.
INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

1. MARCO NORMATIVO

El Estatuto de Autonomía de Extremadura, atribuye a la Comunidad Autónoma las competencias de desarrollo legislativo y ejecución en materia de sanidad salud pública.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, prevé, en su artículo 70 y siguientes, la aprobación de planes de salud por parte del Estado y las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias y, en su artículo 74, del Plan Integrado de Salud, que recogerá en un único documento los Planes estatales, los Planes de las Comunidades Autónomas, y los Planes conjuntos, teniendo en cuenta los criterios de coordinación general sanitaria. En virtud de lo anterior, se aprobó el Real Decreto 938/1989, de 21 de junio, que establece el procedimiento de elaboración y seguimiento del Plan Integrado de Salud, así como el esquema general de sus contenidos.

A partir de la entrada en vigor de la normativa anteriormente citada, tanto en España como en nuestra Comunidad Autónoma, se han producido avances en las organizaciones sanitarias. La necesidad de mantener la coordinación, cohesión y equidad en el Sistema Nacional de Salud, obligan a la planificación de actividades, y a formular estrategias y objetivos que garanticen resultados que mejoren el estado de salud individual y colectivo, manteniendo los principios básicos de la legislación vigente.

La Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura establece un nuevo marco de ordenación para la sanidad pública extremeña, definiendo el Sistema Sanitario Público de Extremadura como parte integrante del Sistema Nacional de Salud, así como la creación del Servicio Extremeño de Salud, como Organismo Autónomo de carácter administrativo. De conformidad con lo dispuesto en sus artículos 7, 8 y 23, la elaboración del Plan de Salud de Extremadura corresponde a la actual Consejería de Salud y Política Social, teniendo en cuenta las propuestas formuladas por cada una de las Áreas de salud, y su aprobación al Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura. Por otra parte, el artículo 24 dispone que la Consejería con competencias en materia de Sanidad, dictará o, en su caso, instará la realización de las normas y el plazo para la elaboración del Plan de Salud.

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

En cuanto al deber de colaboración, la Ley de Salud de Extremadura establece que todos los departamentos de la Administración de la Comunidad Autónoma, de las Instituciones Sanitarias, así como los correspondientes de las Corporaciones Locales, vendrán obligados a prestar la debida colaboración para la elaboración del Plan, suministrando datos, facilitando información y prestando la asistencia que se demande por la Autoridad Sanitaria. Los contenidos mínimos que, al menos, deberá incluir, figuran en su artículo 28.

La coordinación, el seguimiento y la evaluación continuada del Plan, son concebidos como pilares fundamentales del mismo, representando un ejercicio de planificación continuada, dado que los resultados obtenidos pueden ser incorporados, al análisis de situación y a la definición de objetivos e intervenciones, de posteriores periodos de planificación sanitaria.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, configura el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud. Establece como principal instrumento de configuración del Sistema Nacional de Salud, el Consejo Interterritorial, que contará entre sus funciones de asesoramiento, planificación, y evaluación en el Sistema Nacional de Salud, con la evolución de los Planes Autonómicos de Salud y la formulación de los Planes Conjuntos y del Plan Integral de Salud, referidos en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de profesiones sanitarias, y los respectivos códigos deontológicos, imponen a estos profesionales el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado. No obstante, y con independencia de las normas laborales que contemplan este derecho en virtud de la condición común de “trabajadores”, el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, como norma básica que establece su régimen jurídico, reconoce el derecho de los profesionales que se encuentran en su ámbito de aplicación a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, sobre riesgos generales en el centro sanitario o derivados del trabajo habitual, así como a recibir asistencia y protección de las Administraciones Públicas y Servicios de Salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones.

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

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

En este sentido, la Ley 8/2011, de 23 de marzo, de igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género de Extremadura recoge en su Capítulo IV la necesidad de que las políticas, estrategias y programas de Salud de la Comunidad Autónoma integren en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres.

El Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2011-2014, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, mantiene la vocación de ciudadanía del anterior y busca que las personas residentes se incorporen a la sociedad española en condiciones de equidad siendo para ello necesario mejorar los niveles de acceso y uso de los servicios y prestaciones públicas, y entre ellas especialmente la salud, por parte del conjunto de la ciudadanía.

La Ley 7/2011, de 23 de marzo, de Salud Pública de Extremadura, que tiene por objeto regular las actuaciones y servicios en materia de salud pública que se desarrollen en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura, propiciado la coordinación y cooperación de los distintos organismos y Administraciones Públicas en sus respectivos ámbitos competenciales.

El Decreto del Presidente 15/2011, de 8 de julio, por el que se modifican la denominación, el número y competencias de las Consejerías que conforman la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura reestructura la composición de las Consejerías, con el fin de desarrollar la acción de la Junta de Extremadura, conseguir la mayor eficacia en la acción y la máxima eficiencia en el funcionamiento de la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

La nueva estructura orgánica a nivel autonómico, a partir de la entrada en vigor del Decreto 204/2011 de 5 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica de la Presidencia de la Junta de Extremadura, y del Decreto 23/2012, de 10 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Política Social, que derogó el Decreto 211/2011, de 5 de agosto, por el que se establecía la estructura orgánica de la misma.

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, cuyo objeto es dar una respuesta completa y actual al requerimiento contenido en el artículo 43 de la Constitución Española y, en consecuencia, tratar de alcanzar y mantener el máximo nivel de salud posible de la población.

Señalar el cambio organizativo que supuso en el ámbito estatal, la entrada en vigor del Real Decreto 1823/2011, de 21 de diciembre, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y el Real Decreto 1887/2011, de 30 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales.

Por último el Decreto 210/2012, de 15 de octubre, por el que se establecen las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020.

2. LA SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

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

El propósito de la Estrategia y Plan de acción sobre eSalud (2012-2017), también de la OMS, es contribuir al desarrollo sostenible de los sistemas de salud de los Estados Miembros, incluida la salud pública veterinaria. Con su adopción se busca mejorar el acceso a los servicios de salud y su calidad, gracias a la utilización de las tecnologías de la información y de las comunicaciones (TIC), la formación en alfabetización digital y TIC, el acceso a información basada en pruebas científicas y formación continua y la implementación de diversos métodos, permite avanzar hacia sociedades más informadas, equitativas, competitivas y democráticas. En este tipo de sociedades, el acceso a la información sobre salud es un derecho fundamental de las personas.

Así pues, en consonancia con ambas estrategias de la OMS, El *Plan de Salud de Extremadura 2013-2020*, inscribe la salud en el orden del día de los responsables, políticos o no, de distintos sectores (medioambiente, agricultura, educación, cultura, trabajo, transporte, salud, etc), a través del desarrollo de estrategias que inciden sobre la salud de los extremeños; y en el apoyo que la utilización costo eficaz y segura, de las tecnologías de la información y de las comunicaciones (TIC), ofrece a la salud y a los ámbitos relacionados con ella, con inclusión de los servicios de atención de salud, la vigilancia y la documentación sanitarias, así como la educación, los conocimientos y las investigaciones en materia de salud.

3. COMPROMISO POLÍTICO

El *Plan de Salud de Extremadura 2013-2020*, constituye el instrumento básico para orientar el desarrollo de la política sanitaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura, y sobre la base del compromiso político del Gobierno de Extremadura, en materia de Salud y Política Social, se ha diseñado como un instrumento estratégico de planificación y coordinación de las actividades:

- de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y de asistencia sanitaria de todos los sujetos, públicos y privados integrantes del sistema sanitario, a fin de garantizar que las funciones del mismo se desarrollen de manera ordenada, eficiente y eficaz, con la expresión de importantes retos que trascienden e involucran a sectores sociales, profesionales y políticos. Unos retos que van, desde la actuación sinérgica de las Administraciones Públicas, garantizando la eficiencia en la aplicación de intervenciones sobre los problemas de mayor prioridad, hasta la búsqueda de la efectividad en las actuaciones del sistema sanitario, pasando por el reconocimiento por parte del ciudadano del propio nivel de responsabilidad sobre la conservación de la salud.

- y de mejora de la coordinación e integración, en la medida de lo posible, de los sistemas Sanitario y Social en la Comunidad Autónoma.

En síntesis, el Plan de Salud tiene la misión de desarrollar las metas políticas del Gobierno de Extremadura, en áreas de intervención prioritarias para la Comunidad Autónoma, a través de la definición de objetivos estratégicos y de líneas actuación para la consecución de los mismos, orientando posibles cambios, preparándonos para escenarios futuros.

4. ORIENTACIÓN Y OBJETIVOS GENERALES

Como orientación general del Plan de Salud, está el centrarse en la mejora de la calidad de la atención al ciudadano (asistencial y de protección de la salud) y de sus expectativas y derechos, la mejora de la coordinación e integración, en lo posible, de los sistemas sanitario y social, así como el fomento y apoyo que la utilización costo eficaz y segura, de las tecnologías de la información y de las comunicaciones (TIC), ofrece.

Esta orientación conlleva a: mejorar la atención al ciudadano y especialmente los cuidados en los procesos prioritarios; incidir en la prevención colectiva; promover la salud desde la mejora de los estilos de vida; mejorar de forma continua los sistemas sanitario y social; atender a la organización e interrelación entre los actores del sistema (directores, gestores y profesionales), que permitan un servicio coste-efectivo; fomentar la utilización ,costo eficaz y segura, de las tecnologías de la información y de las comunicaciones (TIC), y buscar la corresponsabilidad de los ciudadanos, tanto en la mejora del sistema y su funcionamiento , como en mantenimiento y cuidado de la salud, en su doble vertiente, individual y colectiva, entre otras propuestas.

Los objetivos generales del *Plan de Salud de Extremadura 2013-2020*, son:

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

5. PRINCIPIOS DEL PLAN DE SALUD

De conformidad con el Decreto 210/2012, de 15 de octubre, por el que se establecen las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020, los principios que se han tenido en cuenta en el enunciado del presente Plan de Salud, han sido los siguientes:

a) La adecuación a los objetivos de la política socioeconómica y de bienestar social de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

b) El establecimiento de indicadores o criterios básicos y comunes que favorezcan la ordenación y coordinación sanitaria, y posibiliten evaluar las necesidades de recursos, así como el inventario de los mismos.

c) El mantenimiento de un marco de actuaciones conjuntas para alcanzar un sistema sanitario equitativo y armónico, basado en la concepción integral de la salud.

d) La elaboración de criterios básicos y comunes de evaluación de la eficacia y eficiencia del Sistema Sanitario Público.

e) La definición de propuestas, objetivos y líneas de actuación, que permitan garantizar la igualdad de derecho a la salud de mujeres y hombres y sus distintas necesidades.

f) la integración, coordinación y harmonización del sistema sanitario y social

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

Además, se han tenido en cuenta toda la normativa estatal y autonómica relacionada, detallada en el punto 1 de este apartado.

6. ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO

El documento del *Plan de Salud de Extremadura 2013-2020,* teniendo en cuenta el proceso lógico de la planificación, y el interés de ofrecer un sencillo manejo, por parte de los profesionales, los gestores y la población general interesada, ha sido estructurado en siete Capítulos. La evaluación de los objetivos y de las líneas de actuación, así como los responsables, han sido incorporados a cada una de las áreas de intervención que forman parte del capítulo de objetivos y líneas de actuación. La estructura es la siguiente:

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

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

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

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

En el Capítulo IV se explicitan de forma esquemática los tres Ejes Estratégicos del Plan de Salud y las Áreas de Intervención que han sido consideradas prioritarias para el periodo 2013-2020.

En Capítulo V, se contemplan, clasificados por Áreas de Intervención, los Objetivos y las Líneas de Actuación propuestos. Para cada una de las áreas de intervención priorizadas, se fijan unos objetivos estratégicos a conseguir, para mejorar el estado de salud (mortalidad, morbilidad, incapacidad), reducir el riesgo de enfermar o mejorar la respuesta de los servicios sanitarios.

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

En este capítulo V, junto a cada objetivo y sus líneas de actuación, propuestas para su consecución, también figuran los criterios para su evaluación y los responsables, siendo ambos elementos, imprescindibles para llevar a cabo, con posterioridad y de forma periódica, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud. Estas actividades permitirán conocer el estado de la situación y los progresos conseguidos en el cumplimiento del mismo.

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

Finalmente, en los Anexos, se enumeran datos de interés sobre: Convergencia del Plan de Salud de Extremadura con otros Planes y Programas del Gobierno de Extremadura; el Decreto 210/2012, de 15 de octubre, por el que se establecen las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020; las referencias bibliográficas; las abreviaturas utilizadas; y las personas que han colaborado en el proceso de elaboración.

7. PUBLICACIÓN

Aprobado el Plan de Salud de Extremadura 2013-2020, y en aras de la transparencia y accesibilidad, que debe presidir la actuación de la Administraciones Publicas, la Consejería de Salud y Política Social, procede a su edición, de forma accesible para el publico, debiendo obrar en las dependencias de dicha Consejería, a disposición de los ciudadanos, un ejemplar del mismo para consulta e información. En la consecución de este objetivo, así mismo se utilizaran los medios proporcionados por las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones.

8. DESARROLLO, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

La Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo, y el Comité Técnico del Plan de Salud de Extremadura, con la colaboración del grupo de Responsables Institucionales encargados de informar sobre el desarrollo de las medidas de intervención y actuaciones propuestas en el Plan, cooperarán con el objetivo general de facilitar el desarrollo, la coordinación, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020.

La máxima responsabilidad del desarrollo y seguimiento del Plan de Salud, recaerá sobre la Consejería de Salud y Política Social. El seguimiento permitirá la verificación y actualización de los contenidos recogidos en el mismo.

En un elevado porcentaje, su instrumentación requerirá la necesidad de vincularlo a la compra de servicios, con el Servicio Extremeño de Salud y/o el SEPAD. Además, se deberán desarrollar otras actividades en el ámbito de la Consejería de Salud y Política Social, de otras Consejerías del Gobierno de Extremadura, y de otras instituciones, además de elaborar estrategias conjuntas del Sistema Sanitario Público de Extremadura con otros departamentos, ayuntamientos y/o instituciones.

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

Para cada uno de los objetivos estratégicos del Plan, existe un órgano responsable de promover su consecución y de dar cuenta de las estrategias emprendidas para la misma, así como los criterios de evaluación correspondientes. Además, en cada línea de actuación, también existen responsables de promover las actividades, así como los elementos correspondientes para su seguimiento y evaluación.

Corresponde a la Consejería de Salud y Política Social, efectuar de forma coordinada con las unidades administrativas responsables, y mediante la aplicación de los procedimientos, mecanismos y criterios establecidos por el propio Plan, el seguimiento continuado del cumplimiento de este, y la organización de un banco de datos sobre la evolución del mismo. Anualmente se realizara el seguimiento de los objetivos establecidos en el Plan, hasta la culminación del periodo fijado para su finalización.

La Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo, será la encargada de realizar evaluaciones bienales del *Plan de Salud de Extremadura 2013-2020*.

Además, se cuenta con el Comité Técnico del Plan de Salud, creado mediante el Decreto 210/2012, de 15 de octubre, por el que se establecen las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020, quien tiene entre otras funciones, las de favorecer el normal desarrollo del Plan de Salud, facilitar su conocimiento y dar soporte a la actividad de coordinación interinstitucional, necesaria para la elaboración, implantación y desarrollo del mismo.

9. FINANCIACIÓN

Los gastos generados como consecuencia de la aplicación del *Plan de Salud de Extremadura 2013-2020*, se acometerán desde las partidas presupuestarias establecidas en los Presupuestos Generales anuales de la Comunidad Autónoma de Extremadura, establecidas por la Asamblea de Extremadura, para el conjunto de la Consejería de Salud y Política Social, y de aquellas Consejerías que pudiera corresponderles por razón de la materia y las actuaciones a desarrollar, relacionadas con la salud.

CAPÍTULO II.
METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN

Plan de Salud de Extremadura
2013-2020

METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN

La Consejería de Salud y Política Social tiene la responsabilidad, dentro del marco competencial del Gobierno de Extremadura, a través de la Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo, entre otras, las siguientes funciones: ordenación sanitaria, de la planificación sanitaria y definición de los planes integrales frente a diferentes problemas de salud, y de la elaboración y seguimiento del Plan de Salud de Extremadura.

En la Comunidad Autónoma de Extremadura han sido aprobados cuatro planes de salud desde el año 1996, fecha en que se comienza a elaborar el primer plan de salud, el cuál entra en vigor en el año 1997. Desde entonces, su periodicidad ha sido cuatrienal, hasta la aprobación de este Plan de Salud 2013-2020, cuyo periodo de vigencia ha sido ampliado a un total de 8 años, teniendo en cuenta, entre otras, las siguientes cuestiones:

- La situación socioeconómica y presupuestaria actual, fruto de la actual crisis económico-financiera.

- Los resultados de seguimiento y evaluación de anteriores Planes de Salud. Los problemas y necesidades de salud de una población, así como los cambios producidos y los resultados en salud de la misma, se evidencian de forma significativa, y con mayor claridad y representatividad, a través del estudio evolutivo de plazos mayores de tiempo. De esta manera, se optimiza su evaluación, y se obtienen resultados más concluyentes, al pasar de cuatro a ocho años de vigencia.

- Lograr la confluencia del nuevo Plan de Salud de Extremadura 2013-2020, con la Estrategia 20/20 impulsada por el Gobierno de Extremadura.

Esta propuesta de ampliación del periodo de vigencia, permitirá la mejora en la identificación, cuantificación y/o valoración de cambios, tendencias, necesidades, y/o problemas de salud, y representará una mejora para su seguimiento y para el establecimiento de posteriores análisis de situación de salud, y en caso de ser necesario, el punto de partida de acciones correctoras y de mejora del propio Plan.

La metodología de elaboración de este Plan, está regida por el Decreto 210/2012, de 15 de octubre, por el que se establecen las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020, que determina también los órganos administrativos de su control y seguimiento, según se establece en el Título II de la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura.

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

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

Los planes de salud elaborados por la Comunidad Autónoma, han sido, y continúan siendo, planes no exclusivamente dirigidos al ámbito de la asistencia sanitaria, sino que nacieron con la vocación de implicar a todos los sectores o departamentos cuyas políticas podían influir en el mantenimiento, la promoción y mejora del estado de salud, tanto individual como colectiva, tales como educación, políticas sociales, igualdad y empleo, mujer, infancia, medio ambiente, etc. y que propician la participación de profesionales que trabajan en el ámbito de la salud, de asociaciones y sociedades de pacientes y profesionales, y agentes sociales, teniendo como punto de encuentro a la ciudadanía, como población usuaria en unos casos, y como paciente, en otros, formando parte de los órganos de participación legalmente constituidos.

El presente Plan, se ha elaborado en un momento marcado por la crisis económica, lo que supone un esfuerzo añadido, en la identificación y el posterior desarrollo de respuestas eficientes, que al tiempo puedan representar oportunidades de mejora, para dar un salto cualitativo en la atención sanitaria, basada en una mayor calidad de los servicios y prestaciones, en especial por parte del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Como novedad el presente Plan de Salud pretende ser, a demás de la hoja de ruta para los próximos años, el elemento coordinador, dinamizador y armonizador, de las diferentes Unidades Administrativas de los sistemas Sanitario y Social.

El seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020, están regulados por el Decreto 210/2012, de 15 de octubre, que también determina los órganos administrativos para su control, según se establece en el Título II de la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura.

El Plan incluye un amplio resumen del análisis de la situación de salud, de las necesidades y de los recursos relacionados con la salud, valorando la situación inicial de partida, estableciendo un diagnóstico de los problemas y necesidades sanitarias y como resultado, en consecuencia, estableciendo la priorización de las áreas de intervención prioritarias para su abordaje, teniendo en cuenta para ello: la magnitud; el impacto social; y la vulnerabilidad del problema o necesidad. Una vez definidas las áreas de actuación prioritarias, determina y prioriza los objetivos a alcanzar y las de las estrategias y/o actuaciones a llevar a cabo, así como los criterios para su seguimiento y de evaluación, y las Unidades Administrativas responsables de su desarrollo.

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

1. FASES DE ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD

a) Fase de análisis de situación de salud, de las necesidades, de los servicios y de los recursos relacionados con la salud

Esta fase es la primera, del proceso de elaboración propiamente dicho. Para su desarrollo fue constituido el Grupo de Expertos de Análisis de Situación, del cual formó parte personal profesional y técnico con experiencia en diferentes ámbitos, con acceso y manejo directo a la fuentes primarias de datos, de la Consejería de Salud y Política Social, del SES, del SEPAD y del Instituto de la Mujer de Extremadura.

En esta fase se analizaron, principalmente, las características demográficas, sanitarias, y socioeconómicas de Extremadura, en las que fueron contemplados factores como la estructura de la población, la dispersión, la densidad de población, la natalidad, el envejecimiento, la dependencia demográfica, las migraciones, la esperanza de vida al nacer, etc., incluyéndose también valoraciones sobre el nivel de salud desde el punto de vista de la mortalidad, por causas, edades, evolución y años potenciales de vida perdidos, así como la morbilidad, o los diferentes sistemas y/o registros de información o notificación.

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

La salud percibida, recoge la preocupación de la ciudadanía por su salud, según consta en unos de sus apartados, utilizando para ello, como fuentes primarias, las encuestas de salud.

Importancia relevante se le ha dado a la opinión de las personas usuarias, y el grado de satisfacción sobre la atención sanitaria recibida, a través de diferentes fuentes de información (Barómetro Sanitario, encuestas de satisfacción, quejas y reclamaciones, etc.).

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

b) Fase de priorización y establecimiento de las áreas de intervención

Teniendo en cuenta el listado de problemas, de condicionantes y de necesidades de salud identificados, el Grupo de Expertos de Análisis de Situación estableció su priorización, teniendo en cuenta los criterios mencionados de: magnitud del problema, (en términos de mortalidad y morbilidad); el impacto social que supone para la población la percepción del problema; y la vulnerabilidad, como la posibilidad de prevenir o minimizar el problema o el riesgo de aparición, o de controlarlo una vez aparecido, de forma efectiva y eficiente, incluso legal y éticamente.

Además de la identificación de problemas y condicionantes de salud, se identificaron situaciones, que sin afectar a las personas o a su entorno, si afectaban a la organización y, por tanto, al funcionamiento del Sistema Sanitario Público y/o a la relación de éste con las personas usuarias, tales como el trato recibido, la comunicación y la información y/o la confidencialidad.

Como resultado de los trabajos de evaluación y priorización, se priorizaron 25 Áreas de Intervención, que fueron agrupadas bajo 3 Ejes Estratégicos, atendiendo a su naturaleza y contenido:

I EJE ESTRATÉGICO: Protección y Atención a los Problemas de Salud Prevalentes y Emergentes en Extremadura

1. Enfermedades Cardiovasculares
2. Cáncer
3. Salud Mental
4. Drogodependencias y otras Conductas Adictivas
5. Accidentes
6. Violencias
7. Enfermedades Respiratorias Crónicas. EPOC
8. Enfermedades Endocrino- metabólicas. Diabetes, Obesidad, Bocio
9. Enfermedades Infecciosas
10. Enfermedades Raras
11. Zoonosis

II EJE ESTRATÉGICO: Protección y Mejora del Estado de Salud, y Prevención de la enfermedad

12. Promoción de estilos de vida saludables. EpS
13. Seguridad Alimentaría
14. Salud Ambiental
15. Promoción, seguimiento y control del estado de salud:
    - Salud Infantil y del Adolescente
    - Salud de la Mujer
    - Salud del Adulto
    - Salud del Mayor
16. Salud Laboral

III EJE ESTRATÉGICO: Mejora del Sistema Sanitario Público de Extremadura

17. Planificación, Ordenación y Gestión Sanitarias
18. Sistemas de Información Sanitaria y Sociosanitaria
19. Sistema de Urgencias y Emergencias Sanitarias
20. Cuidados Paliativos
21. Uso racional del medicamento
22. Calidad y Humanización del SSPE. Seguridad del Paciente
23. Participación Comunitaria
24. Atención Sociosanitaria
25. Gestión del Conocimiento. Formación e Investigación

c) Fase de determinación de los objetivos y líneas de actuación

Para cada una de las Áreas de Intervención priorizadas, desde la Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo, se coordinó la elaboración un "Documento Base de partida", o Documento Borrador, el cual recogía una breve introducción con los aspectos más relevantes de cada una de ellas, así como posibles objetivos, y líneas de actuación estratégicos para su abordaje.

El siguiente paso fue la constitución de los correspondientes y respectivos grupos de trabajo de expertos para cada una de las materias (Áreas de Intervención), y han estado formados, principalmente por profesionales relacionados con la salud, todos ellos de carácter multidisciplinar, trabajando de forma activa, durante alrededor de 3 meses, contando todos ellos con una persona que coordinaba el grupo.

La metodología de trabajo utilizada para los 28 grupos de expertos constituidos (29 si contamos el grupo de análisis de situación), fue principalmente, a través de foros virtuales y correos electrónicos, así como mediante reuniones presénciales de sus miembros. Para ello, cada grupo contó con autonomía a la hora de realizar las convocatorias de reuniones, así como para realizar las modificaciones y propuestas al Documento Borrador, actuando las personas coordinadoras, como moderadoras en los debates surgidos en su seno de cada uno de los grupos de trabajo.

Han sido 330 los profesionales expertos que han trabajado, en los en los 29 grupos, y en casos puntuales, alguna persona experta ha pertenecido a más de un grupo, dado el contenido y la naturaleza de los mismos.

El cometido de los grupos era elaborar un "Documento Final de Consenso". Para ello, partieron del "Documento Base o Borrador", contando con un manual, donde se explicaba la metodología de trabajo específica, con los datos del análisis de situación existente a la fecha, y que pudiera tener relación con el área de intervención sobre la que deberían trabajar.

El "Documento de Consenso de Grupo" resultante, debería contar con: una breve introducción sobre la magnitud del problema; y uno o varios objetivos (de acuerdo con los problemas detectados y con los recursos disponibles), con sus correspondientes líneas de actuación, debiendo estar expresados en términos concretos, mensurables y cuantificables. Se les pidió que, en la medida de lo posible, los objetivos y las líneas de actuación que propusieran, incluyeran un tiempo para su consecución, y por supuesto, se formularan para dar respuesta a los problemas previamente identificados y tratados.

Para cada objetivo estratégico, se definieron una serie de líneas de actuación, incluyendo, en algunos de ellos, la elaboración, la implantación y el desarrollo de planes y programas para alcanzar el objetivo, durante la vigencia del Plan de Salud.

Las líneas de actuación, constituyen actividades generales que son necesarias llevar a cabo para el cumplimiento del objetivo para las que han sido propuestas. Las mismas, atienden a criterios organizativos de las diferentes Administraciones.

El establecimiento de las líneas de actuación, ha sido consecuencia de las conclusiones, y de los problemas y necesidades detectados en el análisis de situación del Plan, teniéndose en cuenta para la definición de las mismas, el grado de eficiencia de las medidas, la evidencia científica, la vulnerabilidad del problema o necesidad, así como su factibilidad.

En el caso de propuestas de elaboración de planes y programas específicos, si se estimaba necesaria su elaboración, todos ellos debían contemplar acciones de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad, de asistencia sanitaria, de rehabilitación y reinserción, y de formación e investigación. Además, para este tipo de propuestas, se solicitó que debería plantearse la elaboración de los mismos, junto a su seguimiento y evaluación, en un intento de asegurar que los planes y programas propuestos, sean llevados a cabo.

Para cada objetivo y línea de actuación, el Plan de Salud contempla la o las instituciones responsables de llevarlos a cabo, así como los indicadores, o criterios de evaluación, para poder realizar posteriormente, y de manera continuada su seguimiento y evaluación.

d) Redacción y estudio del Documento de Debate

El "Documento de Debate" es producto del trabajo realizado por los 29 grupos de trabajo de expertos, y es la suma del Documento de Análisis de Situación y de los Documentos de Consenso resultantes de cada grupo de trabajo.

Este "Documento de Debate" estuvo expuesto en la dirección web http://saludextremadura.gobex.es/pse a la sociedad en general, durante un mes (del 17 de junio al 17 de julio de 2013), comunicando por correo dicha incidencia (e indicando que estaba abierto el plazo de presentación de enmiendas), a la siguiente relación:

- Comité Técnico del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020
- Profesionales que habían pertenecido a los grupos de trabajo del Plan de Salud
- Consejo Extremeño de Salud
- Administración Autonómica (Consejerías del Gobierno de Extremadura, Instituto de la Juventud, etc.)
- Administración Central (Delegación del Gobierno, Jefatura de Tráfico, etc.)
- Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura
- Administración Local (Diputaciones provinciales, FEMPEX)
- Asociaciones y Federaciones relacionadas con la Salud, de pacientes y familiares, y/o de los consumidores y usuarios
- Colegios Profesionales relacionados con la salud
- Organizaciones Sindicales
- Sociedades y Asociaciones Científicas
- Universidad de Extremadura
- Otras Asociaciones e Instituciones

En la Tabla siguiente se detalla el número de personas, colectivos, asociaciones, instituciones, entidades, etc., a las que se comunicó la exposición a Debate del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020, para la presentación de enmiendas al mismo:

Envíos del Documento de Debate	Nº
Comité Técnico* de elaboración del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020	42
Miembros de los Grupos de Trabajo del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020	330
Consejo Extremeño de Salud	24
Administración Autonómica	14
Administración Central	11
Administración Local	3
Asociaciones y Federaciones relacionadas con la Salud	60
Colegios Profesionales	18
Organizaciones Sindicales	4
Sociedades y Asociaciones Científicas	45
Universidad de Extremadura	16
Otras Asociaciones e Instituciones	9
TOTAL	**576**

*El Comité Técnico, está formado por un total de 42 miembros, pero a su vez, alguno de ellos está en el apartado de Expertos por haber pertenecido a algún grupo de trabajo de expertos.

El Documento de Debate, junto a las enmiendas presentadas al mismo, fue presentado al Comité Técnico del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020 (órgano adscrito a la Consejería de Salud y Política Social, constituido el día 30 de noviembre de 2012), en su segunda reunión del día 12 de septiembre de 2013, donde se debatieron y votaron dichas enmiendas.

En dicha votación, y en representación de los 330 miembros de los grupos de expertos, también participaron como asesores técnicos del Comité, los 29 coordinadores de los grupos de expertos.

Se recibieron un total de 171 enmiendas al Documento de Debate, de las que: 129 fueron resueltas por el equipo de redacción (113 admitidas, 13 denegadas, y 3 tenían un texto similar), por no afectar al contenido ni a las líneas de actuación, y estar relacionadas con criterios semánticos, o con actualización de datos; y 42 fueron trasladadas al Comité Técnico por tratarse de enmiendas que afectaban al contenido del Plan.

El resultado tras el estudio, debate y votación del Comité fue de 37 enmiendas denegadas, 2 admitidas, y 3 transaccionales o admitidas parcialmente. De las 37 enmiendas denegadas al contenido del Plan de Salud, 15 de ellas fueron trasladadas a otros planes relacionados con la salud vigentes, o que se encontraban en proceso de elaboración en Extremadura.

e) Redacción del Documento Propuesta

Una vez definidos los objetivos y las líneas de actuación, con las enmiendas admitidas al “Documento de Debate”, la Oficina del Plan de Salud redactó un “Documento-Propuesta” de Plan de Salud de Extremadura 2013-2020, que fue dado a conocer al Consejo Extremeño de Salud, y elevado al titular de la Consejería de Salud y Política Social.

Posteriormente, el Consejero de Salud y Política Social, elevó el “Proyecto” de Plan de Salud de Extremadura 2013-2020 al Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma de Extremadura, para su aprobación.

f) Aprobación

El Plan de Salud de Extremadura 2013-2020, fue aprobado por el Gobierno de Extremadura en la Sesión del Consejo de Gobierno del día 8 de octubre de 2013, a propuesta de la Consejería de Salud y Política Social, y oído el Consejo Extremeño de Salud.

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

g) Publicidad

Aprobado el Plan de Salud de Extremadura 2013-2020, es puesto a disposición de los gestores, profesionales, ciudadanos y público general, en forma de publicación accesible en formatos papel (edición resumida sin el Capítulo de "Análisis de situación") y electrónico, y a través de la página web "Saludextremadura" del Gobierno de Extremadura.

2. MARCO PARTICIPATIVO

El proceso de elaboración del Plan de Salud es eminentemente participativo, tanto a nivel institucional, de los diferentes Departamentos de la Administración Autonómica, a través del Comité Técnico del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020 (de carácter técnico e representación institucional), como de profesionales sanitarios y no sanitarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura y/o de diferentes Departamentos que tienen relación con la salud, a través de los Grupos de Trabajo de Expertos que se constituyeron.

Así mismo, en fases más avanzadas de la elaboración han participado los profesionales antes mencionados, así como las Instituciones, Centrales Sindicales, Asociaciones Empresariales, FEMPEX, Colegios Profesionales, Asociaciones de Enfermos y/o Familiares, Asociaciones y Sociedades Científicas, etc., con una metodología específica. Por último, en la elaboración ha intervenido el Consejo Extremeño de Salud, previa a su aprobación.

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

Nº de profesionales de los Grupos de expertos Plan de Salud de Extremadura 2013- 2020			
Medicina	169	Abogacía	3
Enfermería	48	Pedagogía	3
Veterinaria	27	Arquitectura Técnica	3
Farmacia	21	Otros, funcionarios	2
Psicología	17	Policía	1
Trabajo Social	8	Administrativo	1
Ingeniería	5	Técnico de Promoción Deportiva	1
Educación Social	4	Técnico de Seguridad	1
Profesorado	4	Músico terapeuta	1
Documentación	3	Otros, sin especificar	8
TOTAL			**330**

La edad media de los Expertos ha sido de 47 años, mientras que la distribución por sexos fue de 157 mujeres (47%), y 172 hombres (53%).

El Comité Técnico del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020 asistirá a lo largo del proceso de elaboración, seguimiento y evaluación del Plan de Salud. El citado Comité está presidido por el Director General de Planificación, Calidad y Consumo y forman parte de él los Jefes de Servicio, Subdirectores, Coordinadores, y Responsables en diferentes materias, de la Consejería de Salud y Política Social, del SES, del SEPAD, IMEX, y de otras Consejerías de la Administración Autonómica.

El Comité Técnico tiene las funciones contempladas en el Decreto 210/2012, de 15 de octubre, por el que se establecen las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020, y que son entre otras: favorecer el normal desarrollo del Plan, facilitar su conocimiento y dar soporte a la actividad de coordinación interinstitucional; prestar soporte y asesoramiento técnicos necesarios para la elaboración, seguimiento y evaluación del mismo; prestar asesoramiento y emitir informes sobre aquellas materias y cuestiones que les sean requeridas por la Consejería competente en materia de Sanidad, en relación con el Plan de Salud, etc.

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

La participación ha sido una característica primordial en el proceso de elaboración del Plan, sobre la experiencia participativa de los 4 Planes de Salud anteriores. En una primera fase, el trabajo correspondió al Grupo de Expertos de Análisis de Situación que estuvo constituido por 26 miembros. En una fase posterior, se constituyeron 28 Grupos de Trabajo correspondiente a 25 áreas de intervención, que han trabajado en la elaboración de los Documentos de Consenso, con una participación de 330 expertos (fundamentalmente profesionales, sanitarios y no sanitarios, relacionados con la salud, con la educación, empleo, mujer, infancia y familia, tráfico, deporte, etc.).

En la fase de enmiendas al Documento de Debate, participaron los expertos mencionados anteriormente, así como diferentes Instituciones, Asociaciones, Sociedades Científicas, etc., tal y como se ha expuesto en el apartado de “redacción y estudio del Documento de Debate”, con un total de 246 representantes de diferentes organismos y/o entidades, y que presentaron un total de 171 enmiendas al Documento.

CAPÍTULO III.
ANÁLISIS DE SITUACIÓN

1.- CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1.1.- ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN

La población de Extremadura, a 1 de enero de 2012, asciende a 1.108.130 habitantes, 694.533 en la provincia de Badajoz (62,68% de la población) y 413.597 en la de Cáceres (37,32% de la población).

El número de municipios existentes en Extremadura (agrupados sobre la base del número de habitantes existente en cada uno de ellos), es de 385 para una extensión de 41.634,43Km^2. Solo 98 municipios sobrepasan los 2.000 habitantes, lo que da una idea de la dispersión poblacional que presenta la Comunidad Autónoma. Tabla 1.1.

Tabla 1.1 **Número y porcentaje de municipios según número de habitantes. Extremadura y sus provincias. 2012**

Municipios	Extremadura		Badajoz		Cáceres	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 2.000 habitantes	287	74,55%	97	59,15%	190	85,97%
De 2.001 a 10.000 habitantes	84	21,81%	58	35,36%	26	11,77%
De 10.001 a 20.000 habitantes	7	1,82%	4	2,44%	3	1,36%
Más de 20.000 habitantes	7	1,82%	5	3,05%	2	0,90%
TOTAL	**385**	**100,00%**	**164**	**100,00%**	**221**	**100,00%**

Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2012.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La mayor concentración de población se presenta en los municipios de más de 20.000 habitantes, que aunque son solo 7 en Extremadura, éstos acogen al 40,14% del total de la población extremeña. Si comparamos por provincias, la mayor diferencia se presenta en el intervalo de población de municipios de menos de 2.000 habitantes, que en Cáceres representa el 31,54% de su población, mientras que en Badajoz representa el 13,14%. Tabla 1.2.

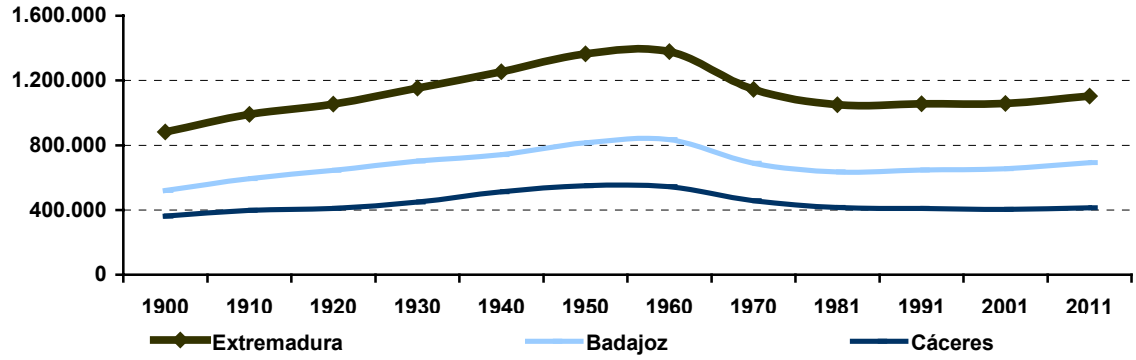
Tabla 1.2 **Distribución de la población por tamaño de los municipios. Extremadura y sus provincias. 2012**

Municipios	Extremadura		Badajoz		Cáceres	
	Nº hab.	%	Nº hab.	%	Nº hab.	%
Menos de 2.000 habitantes	221.723	20,01%	91.273	13,14%	130.450	31,54%
De 2.001 a 10.000 habitantes	342.549	30,91%	236.724	34,08%	105.825	25,59%
De 10.001 a 20.000 habitantes	98.941	8,93%	58.289	8,40%	40.652	9,83%
Más de 20.000 habitantes	444.917	40,14%	308.247	44,37%	136.670	33,04%
TOTAL	**1.108.130**	**100,00%**	**694.533**	**100,00%**	**413.597**	**100,00%**

Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2012.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La evolución de la población de Extremadura desde principios de siglo presenta un comportamiento definido por un aumento paulatino en la primera mitad del mismo, hasta alcanzar su valor máximo en el censo de 1960 (1.378.777 habitantes), con una fuerte caída en las décadas de los años 60 y 70 (debida fundamentalmente a los efectos de la emigración y, en menor medida, a la caída de la tasa de natalidad), y una estabilización de las cifras a partir de los años 80, observándose desde entonces un ligero aumento en la variación intercensal para el conjunto de Extremadura principalmente por el incremento de ésta en la provincia de Badajoz. Figura 1.1.

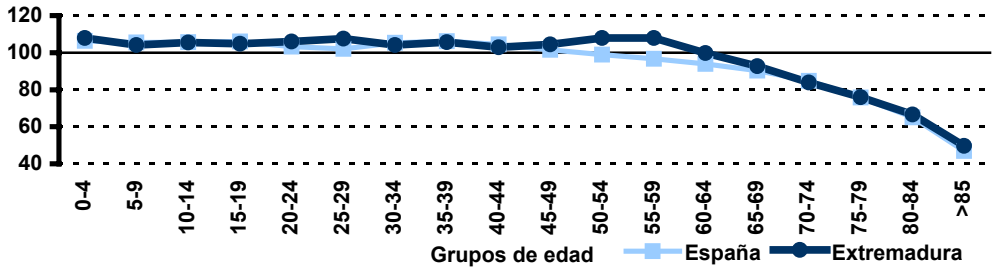
Figura 1.1 Series históricas de población. Extremadura y sus provincias. 1900-2011



Fuente: INE. Censos de Población (1900-2011).
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La distribución por sexos de la población de Extremadura a 1 de enero de 2012 se compone de 550.324 varones y 557.806 mujeres, lo que supone un 49,66% y 50,34% de la población respectivamente. La proporción de varones y mujeres en una población viene determinada por varias causas. De manera general, por cada 100 nacimientos de niñas se producen alrededor de 106 de niños; pero a partir del nacimiento y en todas las edades, la incidencia de la mortalidad suele ser mayor en los hombres que en las mujeres, por lo que tal ventaja en el número de hombres se mantiene hasta pasados los 40-50 años aproximadamente, década a partir de la cual el número de mujeres tiende a sobrepasar al de hombres, incrementándose la diferencia de forma progresiva. Si representamos la razón de sexos, vemos que la relación se invierte en Extremadura a una edad más tardía (60-64 años) que para el conjunto de la población española (50-54 años). Figura 1.2.

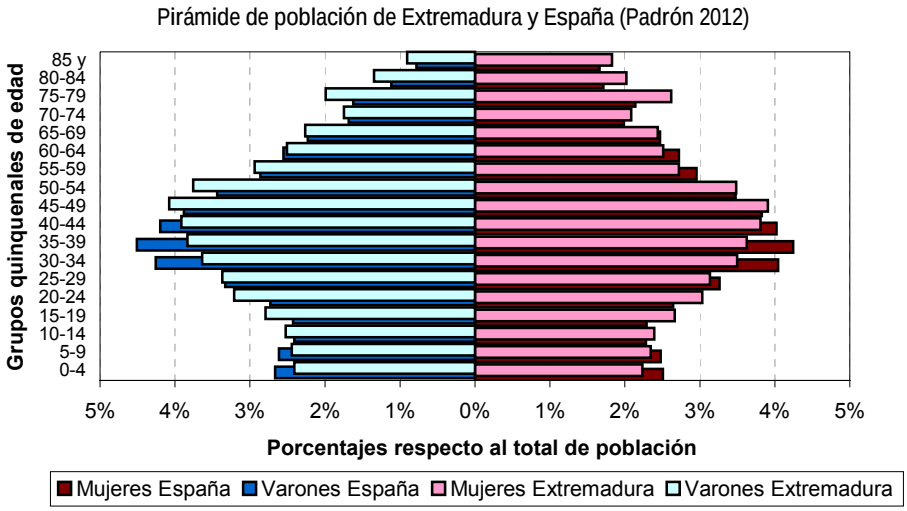
Figura 1.2 Razón de sexos (número de hombres por cada 100 mujeres). En porcentaje. Extremadura y España. 2012



Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2012.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La comparación de las pirámides de España y Extremadura muestra que los efectivos jóvenes (10-24 años) y mayores (≥ 65 años) son más representativos en Extremadura que en España; sin embargo, los efectivos de población activa (25-44 años) son más representativos para el total nacional. Figura 1.3.

Figura 1.3 **Pirámide de población. En porcentaje. Extremadura y España. 2012**



Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2012.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Si cotejamos la estructura poblacional por edad y sexo en porcentajes para España y Extremadura en el año 2012, comprobamos que las cifras son en general muy similares, aunque se aprecian datos de población anciana superiores en Extremadura, y de población activa más elevados en España. Tabla 1.3.

Tabla 1.3 **Estructura de la población por grupos de edad y sexos. En porcentaje. Extremadura y España. 2012**

Grupos de edad	Extremadura			España		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
0-19 años	10,16%	9,63%	19,79%	10,11%	9,55%	19,66%
20-64 años	31,25%	29,72%	60,97%	31,75%	31,19%	62,94%
≥65 años	8,25%	10,99%	19,24%	7,43%	9,97%	17,40%
TOTAL	**49,66%**	**50,34%**	**100,00%**	**49,29%**	**50,71%**	**100,00%**
≥ 80 años	2,25%	3,85%	6,10%	1,90%	3,38%	5,27%

Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2012.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Al comparar la estructura por edades para España y Extremadura en el periodo 2000-2012, se observa que la evolución de ambas ha sido bastante similar, aunque con ligeras diferencias de intensidad: se observa un moderado descenso de la población más joven y un aumento de la población más anciana, en general con una mayor intensidad en la Comunidad Autónoma respecto a la media nacional. Tabla 1.4.

Tabla 1.4 **Variación de la estructura de la población por grupos de edad. En porcentaje. Extremadura y España. 2000 y 2012**

Grupos de edad	Extremadura			España		
	2000	2012	Variación 00/12	2000	2012	Variación 00/12
0-19 años	23,20%	19,79%	-3,41	21,20%	19,66%	-1,54
20-64 años	58,00%	60,97%	+2,97	61,91%	62,95%	+1,04
≥65 años	18,80%	19,24%	+0,44	16,89%	17,40%	+0,51
TOTAL	**100,00%**	**100,00%**	**-**	**100,00%**	**100,00%**	**-**
≥ 80 años	4,22%	6,10%	+1,88	3,82%	5,27%	+1,45

Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2000 y 2012.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

1.2.- ENVEJECIMIENTO Y DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA

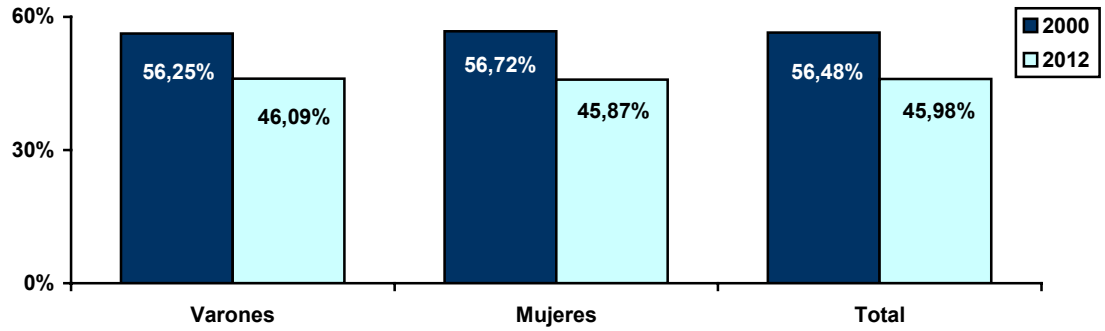
De entre los indicadores que reflejan la estructura por edades y su influencia en la dinámica de la población se han seleccionado los siguientes índices:

1.2.1.- Indicadores de envejecimiento

Índice de Fritz

El índice de Fritz representa la proporción que significa la población menor de 20 años con relación a la de 20 a 49 años. Generalmente se admite que si este índice es mayor de 160, la población es joven; si se halla entre 60 y 160, la población es madura; y si es inferior a 60, la población es vieja. La evolución de este índice desde 2000 en Extremadura es indicativa de una población cada vez más anciana, de forma similar a lo que sucede en España. Figura 1.4.

Figura 1.4 Evolución del índice de Fritz (población < 20 años / población de 20 a 49 años). En porcentaje. Extremadura. 2000 y 2012

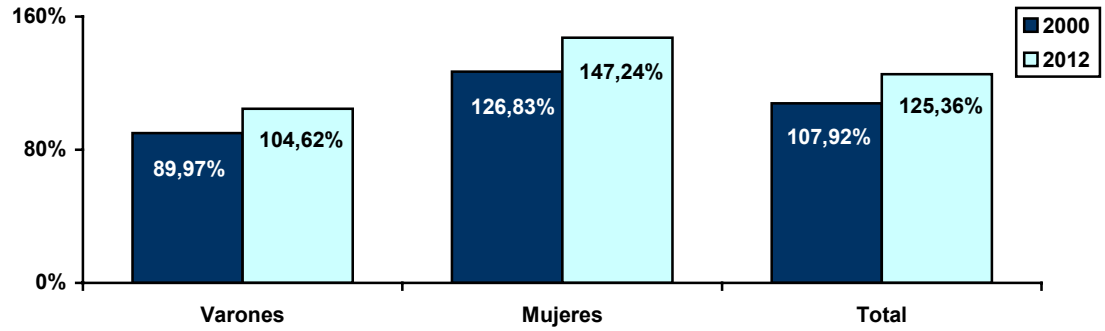


Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2000 y 2012.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Índice de envejecimiento

El índice de envejecimiento es muy representativo del grado de envejecimiento de la población. Desde 2000 ha aumentado para ambos sexos, especialmente entre las mujeres, tanto en Extremadura como en el total de España. Figura 1.5.

Figura 1.5 Evolución del índice de envejecimiento (población ≥ 65 años / población < 16 años). En porcentaje. Extremadura. 2000 y 2012

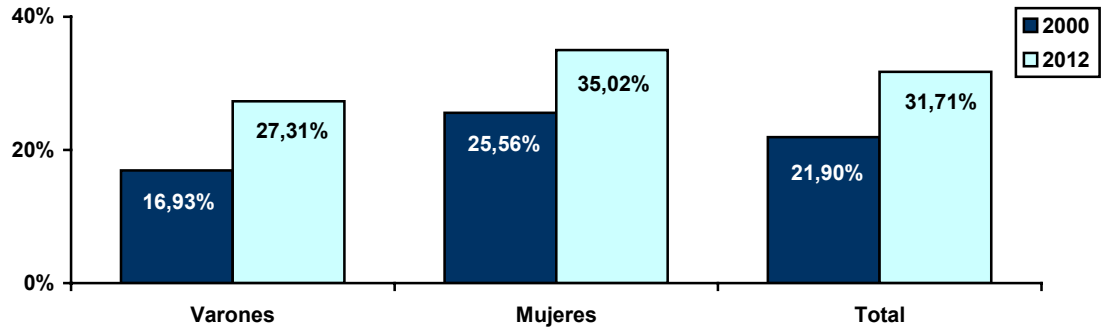


Fuente: INE. Estadística del Padrón Continuo.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Intensidad de envejecimiento

La intensidad de envejecimiento representa la proporción de personas ancianas sobre el total de la población mayor. La intensidad de envejecimiento se ha incrementado de forma extraordinaria entre los años 2000 y 2012 en Extremadura (casi el 50% en 12 años), especialmente entre los varones, que recortan distancias respecto a las mujeres. Durante este periodo, también se produjo un aumento de la intensidad de envejecimiento en España, aunque de menor grado que en Extremadura. Figura 1.6.

Figura 1.6 Evolución de la Intensidad de envejecimiento (población ≥ 80 años / población ≥ 65 años). En porcentaje. Extremadura. 2000 y 2012



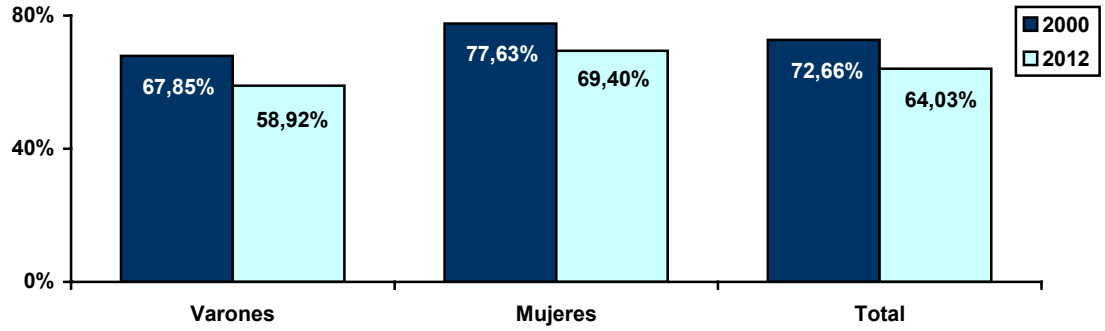
Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2000 y 2012.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

1.2.2.- Indicadores de dependencia

Índice de dependencia total

El índice de dependencia total representa el número de individuos dependientes por cada 100 habitantes, entendiendo por población dependiente la que no está en edad activa. Desde 2000 ha disminuido de forma apreciable en ambos sexos, tanto en Extremadura como en España. Figura 1.7.

Figura 1.7 Evolución del Índice de dependencia total (población < 20 años + población ≥ 65 años / población de 20 a 64 años). En porcentaje. Extremadura. 2000 y 2012



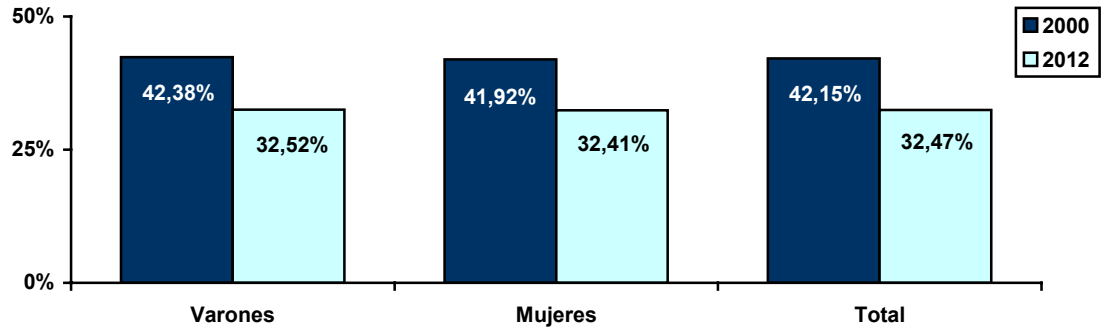
Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2000 y 2012.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

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

Índice de dependencia de jóvenes

El índice de dependencia de jóvenes ha disminuido de forma muy significativa para ambos sexos en Extremadura, de forma mucho más intensa que la media nacional. Esto es debido al importante descenso de población joven en Extremadura. Figura 1.8.

Figura 1.8 Evolución del Índice de dependencia de jóvenes (población < 20 años / población de 20 a 64 años). En porcentaje. Extremadura. 2000 y 2012

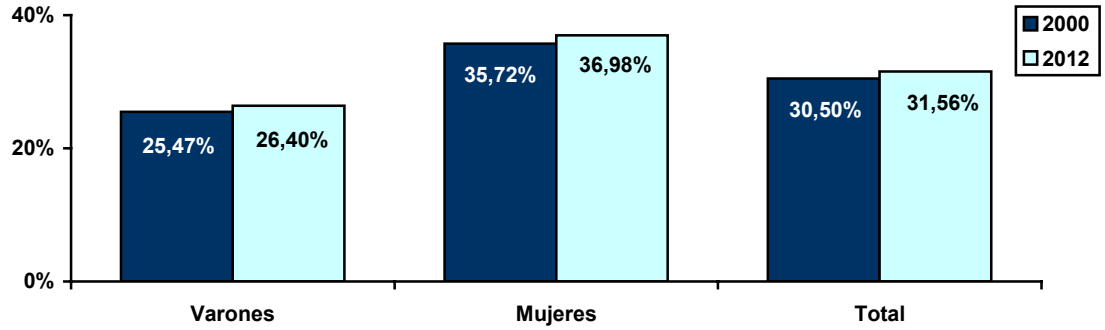


Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2000 y 2012.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Índice de dependencia de mayores

La cifras del índice de dependencia de mayores se mantienen muy estables, tanto en Extremadura como en España, debido al incremento de población mayor en ambos sexos. Figura 1.9.

Figura 1.9 Evolución de Índice de dependencia de mayores (población ≥ 65 años / población de 20 a 64 años). En porcentaje. Extremadura. 2000 y 2012

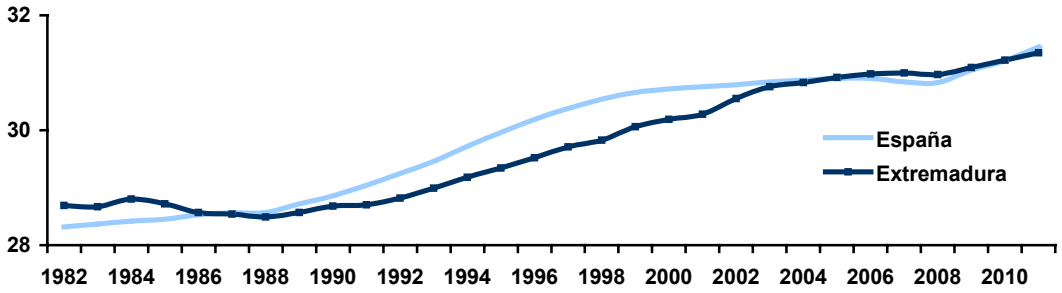


Fuente: INE. Padrón Municipal de Habitantes 2000 y 2012.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

1.3.- EVOLUCIÓN DE LA FECUNDIDAD

En 1976, España junto con Irlanda encabezaban la lista de fecundidad en Europa, con 2,80 hijos/as por mujer. Quince años después, en 1991, nuestro país pasaba a los últimos lugares con 1,33 hijos/as. En 2000 se situó en el último puesto, con 1,23, aumentando a partir de este año hasta situarse en 1,46 hijos/as por mujer en 2008. Aunque durante los últimos años las cifras han vuelto ha descender, situándose con un indicador coyuntural de 1,36 en 2011; en ese año, Extremadura presentaba unas cifras de 1,30. Al mismo tiempo, la edad media a la maternidad ha experimentado un progresivo incremento desde finales de la década de los ochenta, siendo la media en 2011 de 31,45 años, cifra prácticamente idéntica a los 31,35 años de Extremadura. Figura 1.10.

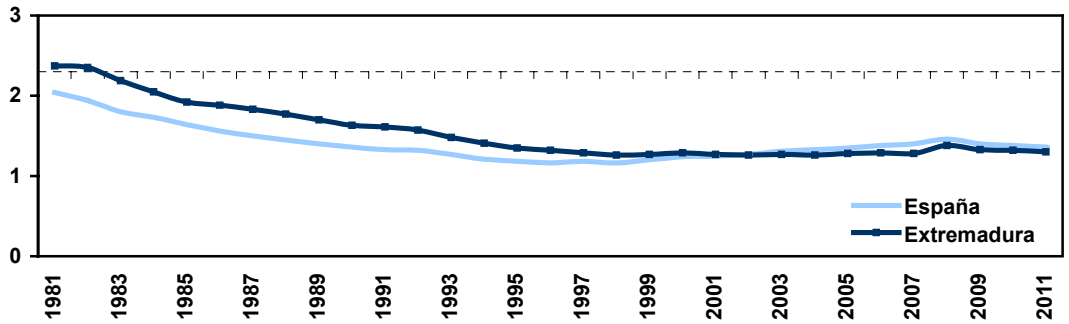
Figura 1.10 Edad media a la maternidad. España y Extremadura. 1982-2011



Fuente: INE. Indicadores Demográficos Básicos.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Los 1,36 hijos/as por mujer del año 2011 distan de alcanzar la tasa de reemplazo generacional, que se refiere al número de hijos e hijas que han de tener las mujeres en un determinado país para mantener en el futuro la población. Como mínimo, cada mujer en edad fértil debe aportar 2,3 hijos/as para cubrir al menos las bajas de sus progenitores al morir. Por debajo de esa tasa se inicia la tendencia al "crecimiento cero" de la población. Figura 1.11.

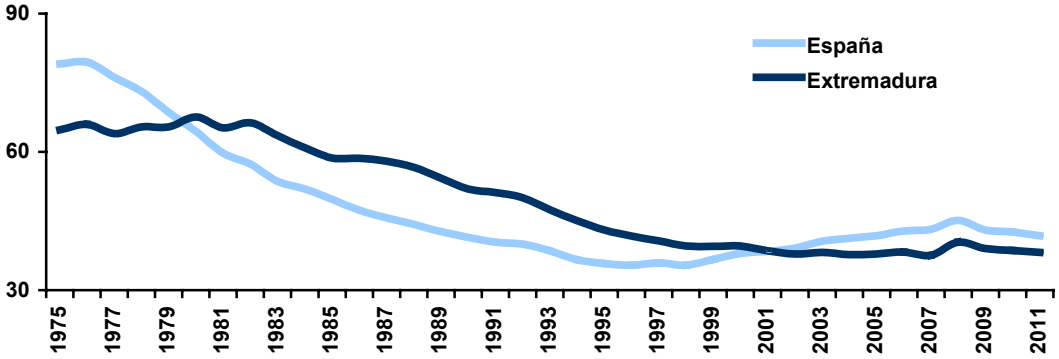
Figura 1.11 Evolución del Índice sintético de fecundidad (número medio de hijos/as por mujer). España y Extremadura. 1981-2011



Fuente: INE. Indicadores Demográficos Básicos.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

El acusado descenso de la tasa global de fecundidad (nacidos/as por mil mujeres de 15 a 49 años) entre finales de los 70 hasta el año 2000, tanto en España como en Extremadura, vuelve a incidir en la baja natalidad existente desde entonces en nuestra Comunidad Autónoma, inferior a 40 nacidos/as por mil mujeres, del todo insuficiente para cubrir al menos las bajas de sus progenitores al morir. Figura 1.12.

Figura 1.12 Evolución de la tasa global de fecundidad (nacidos/as por mil mujeres de 15 a 49 años). España y Extremadura. 1975-2011



Fuente: INE. Indicadores demográficos básicos. Natalidad y fecundidad.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La tasa de natalidad ha aumentado durante casi toda la primera década del siglo XXI en el conjunto de España, llegando a 11,37 nacidos/as por 1.000 habitantes en 2008, aunque los últimos años ha disminuido hasta 10,20 en 2011. En Extremadura, las cifras se mantienen prácticamente estancadas y por debajo de las cifras nacionales, situándose en 9,17 en el año 2011. Tabla 1.5.

Tabla 1.5 Tasa bruta de natalidad. España y Extremadura. 1990-2011

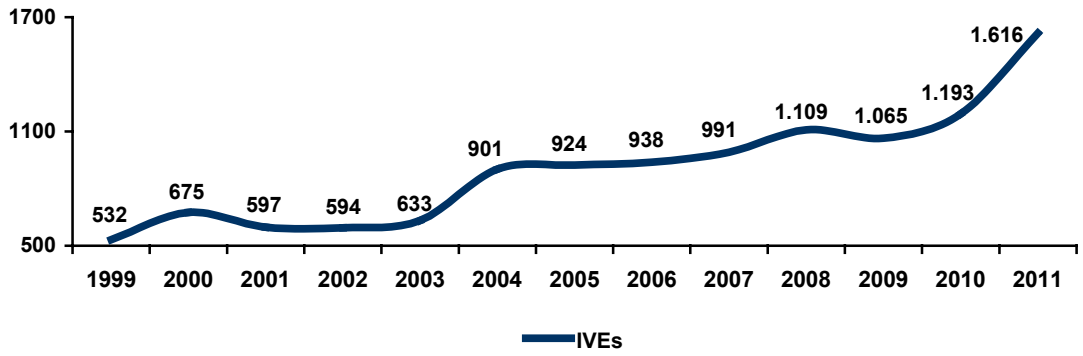
Año	España	Extremadura	Año	España	Extremadura	Año	España	Extremadur
1990	10,32	11,85	**1998**	9,17	9,50	**2006**	10,92	9,43
1991	10,16	11,78	**1999**	9,50	9,52	**2007**	10,94	9,27
1992	10,15	11,62	**2000**	9,85	9,57	**2008**	11,37	9,94
1993	9,84	11,09	**2001**	9,95	9,35	**2009**	10,75	9,54
1994	9,40	10,61	**2002**	10,11	9,23	**2010**	10,53	9,36
1995	9,23	10,20	**2003**	10,49	9,36	**2011**	10,20	9,17
1996	9,17	9,94	**2004**	10,61	9,27			
1997	9,31	9,73	**2005**	10,71	9,34			

Fuente: INE. Indicadores Demográficos Básicos.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

1.4.- INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO

Durante el año 2011, fueron 1.616 mujeres de entre 10 y 49 años residentes en Extremadura, las que decidieron interrumpir su embarazo. El 19,12% de esas mujeres eran extranjeras residentes, la mayoría procedentes de Rumania y Marruecos. El 86,88% de las IVEs se realizaron en clínicas extremeñas y el 93,44% se practicaron antes de las 14 semanas. Figura 1.13.

Figura 1.13 Distribución del número de IVEs, por año de intervención, en mujeres residentes en Extremadura. 1999-2011



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Boletín Epidemiológico de Extremadura.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

De las mujeres extremeñas a las que se les practicó una IVE, independientemente del lugar donde se practicó la intervención durante el año 2011, el 46,66% tenían pareja estable, el 37,13% sólo tenían estudios primarios, y el 49,81% no tenían hijos ni hijas, no existiendo diferencias en cuanto a su nacionalidad, en estos ítems; el 57,42% de las mujeres no tenían ingresos propios, y el 34,53% no utilizaban métodos anticonceptivos siendo estos porcentajes mayores en mujeres procedentes de otras nacionalidades.

El 72,22% de las mujeres intervenidas no tenían antecedentes de abortos anteriores, y en aquellas con antecedentes de abortos anteriores destaca el mayor número de ellos en mujeres de otras nacionalidades.

El patrón epidemiológico de las mujeres que deciden interrumpir su embarazo es el de: mujer joven, de nacionalidad española, con estudios primarios, con pareja estable, sin ingresos propios, sin hijos ni hijas a su cargo, sin antecedentes de abortos anteriores, que utilizan métodos anticonceptivos de barrera, y haciéndolo por decisión propia.

Según la edad de las mujeres a la que se le practica la IVE, el grupo de edad con mayor frecuencia registrada en el 2011 es el de 20 a 24 años, presentando 420 interrupciones que suponen un 26% con respecto al total de IVEs realizadas en mujeres residentes en Extremadura en 2011.Tabla 1.6.

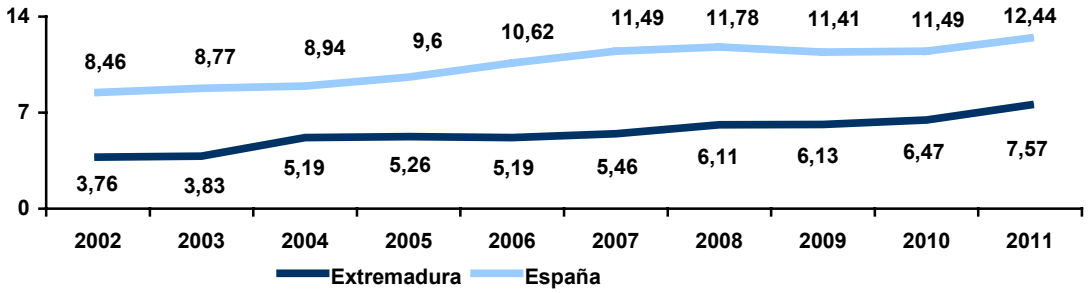
Tabla 1.6 Tasas específicas de incidencia de IVEs por grupos etarios y por 10^5 mujeres. Extremadura. 2011

IVEs	10-15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
Nº de casos	5	266	420	350	284	205	80	6	**1.616**
Tasas	15,73	775,33	1.103,38	912,12	718,13	499,77	216,47	20,93	**559,69**

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La tasa de IVE por 1.000 mujeres residentes en Extremadura de entre 15 y 44 años presenta una línea ascendente en los últimos años (este incremento se produce también en el total nacional), pudiéndose apreciar que las tasas en Extremadura han sido siempre notablemente inferiores a las del total de España. Figura 1.14.

Figura 1.14 Evolución de las tasas de IVE practicadas, por 1.000 mujeres residentes en Extremadura y España de entre 15 y 44 años. Extremadura y España 2002-2011



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Interrupciones Voluntarias del Embarazo.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

1.5.- MORTALIDAD Y SALDO VEGETATIVO

La evolución de la tasa bruta de mortalidad, muestra unos datos superiores para Extremadura. A partir de 2008 se observa una clara divergencia entre el descenso de la mortalidad en España (pasando de las 8,43 muertes por 1.000 habitantes en 2008 a las 8,40 de 2011), con el incremento de la misma en Extremadura (pasando de las 9,67 muertes por 1.000 habitantes en 2008 a las 9,81 de 2011).Tabla 1.7.

Tabla 1.7 Evolución de la Tasa bruta de mortalidad. España y Extremadura. 1990-2011

Año	España	Extremadura	Año	España	Extremadura	Año	España	Extremadur
1990	8,54	9,84	1998	9,01	10,02	2006	8,38	9,66
1991	8,64	9,96	1999	9,23	10,23	2007	8,54	9,99
1992	8,45	9,61	2000	8,89	9,79	2008	8,43	9,67
1993	8,63	9,93	2001	8,78	9,76	2009	8,34	9,94
1994	8,56	9,52	2002	8,86	9,95	2010	8,25	9,99
1995	8,73	9,74	2003	9,11	10,55	2011	8,40	9,81
1996	8,84	9,89	2004	8,66	9,76			
1997	8,77	9,76	2005	8,87	10,44			

Fuente: INE. Indicadores Demográficos Básicos.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

El saldo vegetativo en Extremadura (diferencia entre nacimientos y defunciones) es negativo a partir de 1997, con la única excepción del año 2008. En el conjunto de España, tras un periodo ascendente entre los años 1999 y 2008, también se registra un descenso durante los últimos años. Tabla 1.8.

Tabla 1.8 Evolución del Saldo vegetativo. España y Extremadura. 1990-2011

Año	España	Extremadura	Año	España	Extremadura	Año	España	Extremadur
1990	1,78	2,02	1998	0,16	-0,52	2006	2,54	-0,22
1991	1,52	1,82	1999	0,27	-0,71	2007	2,40	-0,72
1992	1,70	2,01	2000	0,96	-0,22	2008	2,95	0,27
1993	1,21	1,17	2001	1,17	-0,41	2009	2,41	-0,40
1994	0,85	1,10	2002	1,25	-0,73	2010	2,28	-0,64
1995	0,50	0,46	2003	1,38	-1,19	2011	1.83	-0,60
1996	0,32	0,05	2004	1,96	-0,49			
1997	0,54	-0,02	2005	1,84	-1,10			

Fuente: INE. Indicadores Demográficos Básicos.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

1.6.- MIGRACIONES

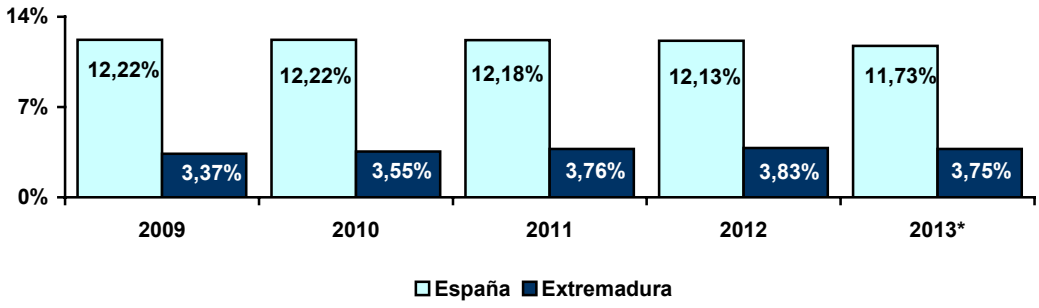
Las migraciones representan un elemento determinante en la evolución de la población de todos los territorios. Como elemento influyente deben ser considerados los saldos migratorios.

1.6.1.- Población extranjera

Los datos de la estadística del Padrón Continuo indican que, en el año 2013 ha sido 41.241 la población extranjera residente en Extremadura, lo que supone un 3,75% de la población total, cifra inferior a la registrada en el territorio nacional que fue del 11,73% para ese año. Por provincias, en Badajoz la población extranjera empadronada supuso el 3,67% del total y en Cáceres el 3,88%.

El porcentaje de población extranjera (que nunca ha superado el 4% de la población extremeña), ha iniciado un descenso en Extremadura y en sus provincias en el año 2013 con respecto a los años anteriores, al igual que lo que viene ocurriendo en España desde el año 2011. Figura 1.15.

Figura 1.15 **Evolución del porcentaje población extranjera. España y Extremadura . 2009-2013**



*Datos provisionales
Fuente: INE. Padrón Municipal. Extranjeros residentes en España y Estadística del Padrón Continuo
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Respecto a la procedencia de la población extranjera residente en Extremadura, las nacionalidades predominantes en el año 2013 son la rumana (27%), la marroquí (20,65%), y la portuguesa (14,09%), seguidos de la brasileña (4,47%), la colombiana (3,8%) y la china (3,64%). En conjunto, suponen el 73,6% de la población extranjera.

Existe una gran diferencia de implantación de la población extranjera según la provincia. En Badajoz, la principal población extranjera procede de Rumanía (34,5%) y Portugal (17,2%); y en Cáceres lo es la población procedente de Marruecos (38,5%) y Rumanía (14,88%).

1.6.2.- Emigraciones

El número de personas que emigraron desde Extremadura a otras CCAA en 2011 fue de 17.182, cifra superior a los 16.778 emigrantes de 2010. La Comunidad Autónoma que recibió más emigrantes extremeños durante 2011 fue Madrid (4.248), seguida de Andalucía (2.901) y Cataluña (1.651). Al extranjero emigraron un total de 2.387 personas. Tabla 1.9.

Tabla 1.9 Evolución de la emigración de Extremadura a otras CCAA y al Extranjero.2010-2011

CCAA	2010		2011	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Andalucía	1.295	1.314	1.512	1.389
Aragón	173	91	130	98
Asturias	77	70	60	69
Baleares	274	263	289	243
Canarias	254	195	281	214
Cantabria	53	36	55	49
C. y León	503	567	582	545
C.-La Mancha	691	582	594	631
Cataluña	816	800	841	810
C. Valenciana	447	365	460	411
Galicia	118	115	139	107
Madrid	1.875	2.093	2.060	2.188
Murcia	148	132	133	96
Navarra	74	64	51	63
País Vasco	275	247	259	287
La Rioja	38	36	30	27
Ceuta	20	15	29	17
Melilla	22	8	31	14
TOTAL NACIONAL	**7.153**	**6.991**	**7.537**	**7.258**
Extranjero	1.467	1.167	1.328	1.059
TOTAL	**8.620**	**8.158**	**8.865**	**8.317**
TOTAL AMBOS SEXOS	**16.778**		**17.182**	

Fuente: INE. Flujos Migratorios Estimados.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

1.6.3.- Inmigraciones

En 2011 el mayor número de inmigrantes hacia Extremadura provenía del extranjero, seguido de la Comunidad de Madrid, y de Andalucía. Tabla 1.10.

Tabla 1.10 Evolución de la inmigración desde otras CCAA a Extremadura y desde el Extranjero. 2010-2011

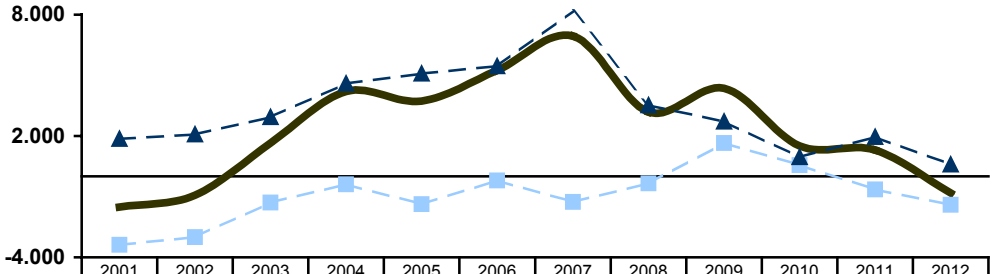
CCAA	2010		2011	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Andalucía	1.264	1.202	1.520	1.427
Aragón	121	104	149	85
Asturias	95	81	66	77
Baleares	327	297	347	279
Canarias	273	208	210	197
Cantabria	57	43	50	41
C. y León	537	502	562	530
C.- La Mancha	599	528	641	565
Cataluña	961	933	907	784
C. Valenciana	526	404	464	443
Galicia	123	105	124	118
Madrid	2.074	1.980	1.857	1.788
Murcia	128	112	125	108
Navarra	54	57	39	42
País Vasco	353	257	259	218
La Rioja	54	23	54	34
Ceuta	23	10	20	22
Melilla	19	13	21	15
TOTAL NACIONAL	**7.588**	**6.859**	**7.414**	**6.772**
Extranjero	1.738	1.781	1.731	1.785
TOTAL	**9.326**	**8640**	**9.145**	**8.557**
TOTAL AMBOS SEXOS	**17.966**		**17.702**	

Fuente: INE. Flujos Migratorios Estimados.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

1.6.4.- Saldo migratorio

El saldo migratorio en Extremadura inició una evolución ascendente a partir de 2003, a expensas principalmente del incremento de inmigraciones procedentes del extranjero, y de la evolución ascendente del saldo migratorio interior (desde otras CCAA), y que alcanzó la máxima cifra del período de estudio en el año 2007. A partir del año 2008 se observa una tendencia descendente del saldo migratorio total, hasta llegar al año 2012, donde se registró un saldo negativo de 813 personas. Figura 1.16.

Figura 1.16 **Evolución del saldo migratorio. Extremadura. 2001-2012**



	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
saldo total	-1513	-922	1652	4203	3718	5241	6938	3187	4363	1508	1301	-813
saldo interior	-3.375	-3.009	-1.285	-390	-1.368	-203	-1.256	-339	1.644	557	-649	-1403
saldo exterior	1.862	2.087	2.937	4.593	5.086	5.444	8.194	3.526	2.719	951	1950	590

Fuente: INE. Estadística de variaciones residenciales.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

1.7.- PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN

Se estima que la población de Extremadura decrecerá un 1,3% en el año 2020 con respecto al año 2012, situándose en 1.068.922 habitantes. En ambas provincias se perdería población, aunque con diferencias en cuanto a la cantidad. En Badajoz el decrecimiento demográfico sería del 0,07%, y en Cáceres del 3,38%. Tabla 1.11.

Tabla 1.11 **Proyección de la población en Extremadura, por provincias. 2012-2020**

Año	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
	Badajoz	Cáceres	Badajoz	Cáceres	Badajoz	Cáceres
2012	679.107	403.958	336.435	200.604	342.672	203.354
2013	679.381	402.375	336.510	199.798	342.871	202.577
2014	679.569	400.758	336.549	198.983	343.020	201.775
2015	679.673	399.399	336.540	198.141	343.133	200.958
2016	679.662	397.099	336.474	197.290	343.188	200.109
2017	679.544	395.674	336.356	196.422	343.188	199.252
2018	679.330	393.914	336.191	195.544	343.139	198.370
2019	679.014	392.126	335.967	194.662	343.047	197.464
2020	678.599	390.323	335.695	193.768	342.904	196.555

Fuente: Instituto de Estadística de Extremadura. Proyecciones de población para Extremadura 2012-2022.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

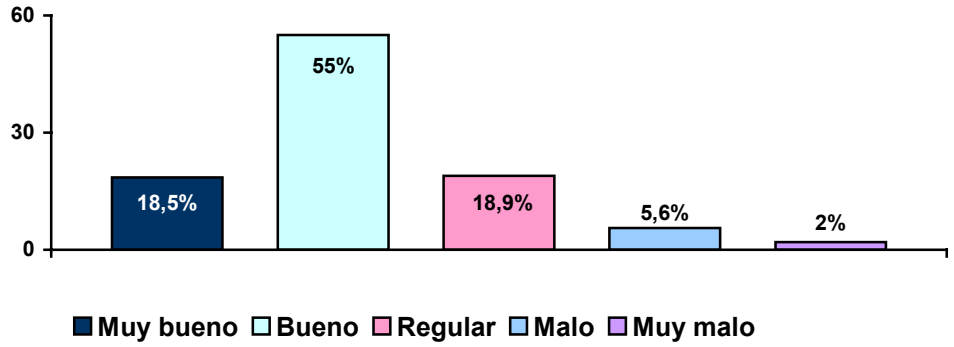
En la proyección de los indicadores demográficos, el índice de juventud pasaría de 15,48 en 2012, a 15,01 en 2021 (en la provincia de Badajoz pasaría de 16,19 a 15,88, y en la de Cáceres, de 14,27 a 13,51); y la tasa de fecundidad también se reduciría, pasando de los 39,35 nacimientos por mil mujeres en 2012, a 37,81 nacimientos en 2021 (en la provincia de Badajoz la tasa pasaría de 41,60 a 40,15, y en Cáceres de 35,39 a 33,43).

2.- ESTADO DE SALUD

La información subjetiva que la ciudadanía tienen sobre su estado de salud y los factores relacionados con su nivel de salud, constituye uno de los elementos primordiales para la toma de decisiones en la planificación sanitaria.

En la Encuesta Nacional de Salud 2011, se pregunta por el estado de salud percibido en los últimos 12 meses, estableciendo las categorías de muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo. Según la misma, un 18,5% de la población de Extremadura valora su estado de salud como muy buena. Si añadimos, además, que más de la mitad la población (55%) la considera al menos como buena, se alcanza una cifra de un 73,5% de población que tiene una valoración positiva de su salud, unos 7 puntos por encima de la cifra encontrada en el año 2006 que fue del 66,49%. Por otra lado, el 7,6% de la población extremeña percibe su estado de salud como malo o muy malo. Para el conjunto de España, la percepción y valoración del estado de salud es algo más positiva que en Extremadura, un 75,3% consideran su salud buena o muy buena, y un 7,6% mala o muy mala. Figura 2.1.

Figura 2.1 **Estado de salud percibido en los últimos doce meses. Extremadura. 2011**



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud 2011.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Por sexos, la valoración positiva del estado de salud es mayor en varones que en mujeres. El 80,7% de varones y el 66,4% de mujeres han considerado que la percepción de su estado de salud es buena o muy buena. Un 14,4% de varones y un 23,4% de mujeres consideran su estado de salud regular, y el 5 % de varones y el 10,4% de mujeres lo consideran malo o muy malo. Tabla 2.1.

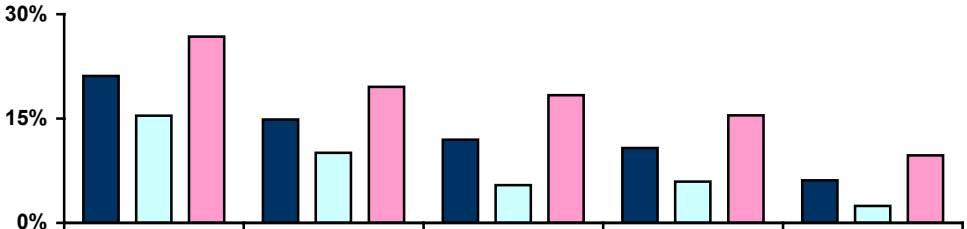
Tabla 2.1 **Estado de salud percibido en los últimos doce meses por sexos. Extremadura. 2011**

Estado de salud percibido	Varones	Mujeres
Muy bueno	20,8	16,2
Bueno	59,9	50,2
Regular	14,4	23,4
Malo	3,8	7,5
Muy malo	1,2	2,9

Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud 2011.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Analizando la calidad de vida relacionada con la salud en la población adulta de Extremadura, se observa que el "dolor/malestar" es el problema que aparece con mayor frecuencia, afectando al 21,14% de la población mayor de 15 años. Como segundo problema en frecuencia aparece "los problemas para caminar", en un 14,88% de la población; seguido de la "ansiedad/depresión" que afecta al 11,97%; "los problemas para realizar las actividades cotidianas" en un 10,77%; y, por último, "los problemas de autocuidado (lavarse o vestirse)" en un 6,12%. En todas las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, las mujeres presentan una prevalencia mayor de estos problemas que los varones. Figura 2.2.

Figura 2.2 **Calidad de vida relacionada con la salud. Por sexos. Extremadura. 2011**



	Dolor/malestar	Problemas movilidad	Ansiedad/depresión	Problema actividad cotidiana	Problema autocuidado
Ambos sexos	21,14%	14,88%	11,97%	10,77%	6,12%
Varones	15,40%	10,08%	5,43%	5,95%	2,45%
Mujeres	26,78%	19,55%	18,35%	15,48%	9,70%

Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud 2011.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La Encuesta Nacional de Salud sondea sobre la aparición de alguna restricción de la actividad de la vida cotidiana por problemas de salud. Un 16,28% de la población extremeña declaró padecer durante los últimos 6 meses alguna dolencia, enfermedad o impedimento que limitó sus actividades de la vida cotidiana en los últimos seis meses. La media nacional se situó en un 17,69%. Por sexos, son las mujeres las que han declarado padecer más este tipo de limitaciones, un 19,46% frente a un 13,05% de varones. Tabla 2.2.

Tabla 2.2 **Limitación para las actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses debido a un problema de salud según género. En porcentaje. 2011**

Grado de Limitación	Varones	Mujeres	Ambos géneros
Gravemente limitado	1,89	6,51	4,21
Limitado pero no gravemente	11,16	12,96	12,07
Nada limitado	86,95	80,54	83,72

Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud 2011.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Las enfermedades crónicas en personas adultas más frecuentes padecidas en los últimos doce meses, según la Encuesta Nacional de Salud 2011, están relacionadas con el aparato locomotor (artrosis, dolor de espalda lumbar y cervical), los factores de riesgo cardiovascular (colesterol alto, hipertensión y diabetes), varices en las piernas, alergia crónica y migrañas. En la mayoría de los problemas crónicos, se observa una mayor frecuencia en las mujeres; los hombres declaran en mayor proporción colesterol alto, lesiones por accidentes y problemas crónicos de pulmón. Tabla 2.3.

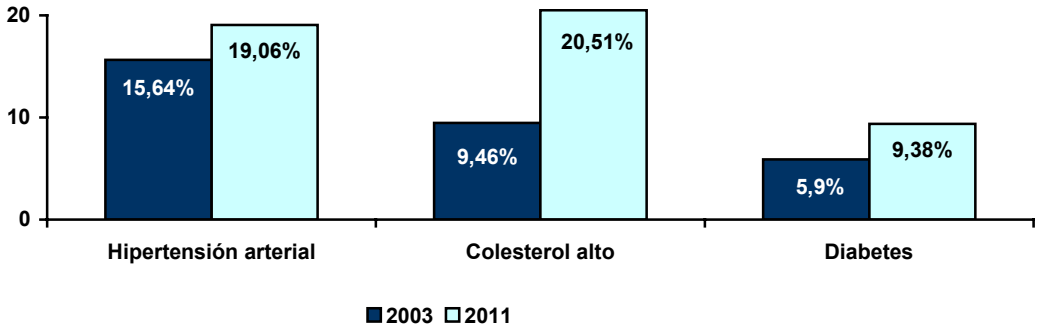
Tabla 2.3 Enfermedades crónicas o enfermedades de larga evolución padecidos en los últimos doce meses. 2011

Enfermedades crónicas o de larga evolución	Ambos Géneros	Varones	Mujeres
Artrosis	**23,44**	17,18	29,64
Colesterol alto	**20,51**	22,17	18,92
Dolor de espalda crónico (lumbar)	**19,32**	15,30	23,24
Hipertensión arterial	**19,06**	16,64	21,41
Dolor de espalda crónico (cervical)	**16,88**	10,47	23,14
Varices en las piernas	**15,68**	6,39	24,72
Alergia crónica (asma alérgica excluida)	**12,99**	12,12	13,84
Migraña o dolor de cabeza	**11,18**	5,25	16,98
Diabetes	**9,38**	8,76	9,98
Hemorroides	**6,83**	6,82	6,84
Depresión crónica	**6,83**	1,71	10,94
Problema de tiroides	**6,24**	1,69	10,69
Catarata	**6,13**	3,78	8,43
Ansiedad	**6,00**	1,14	10,75
Osteoporosis	**5,47**	1,81	9,04
Enfermedades del corazón (excluido infarto)	**5,14**	4,39	5,87
Lesión o defecto permanente por accidente	**4,61**	6,81	2,45
Incontinencia urinaria	**4,60**	3,72	5,47
Asma	**4,49**	3,41	5,54
Bronquitis crónica, enfisema, EPOC	**4,56**	5,89	3,26
Estreñimiento crónico	**4,43**	1,67	7,13
Úlcera estómago o duodeno	**3,46**	3,02	3,90
Problemas crónicos de la piel	**3,43**	2,21	4,62
Otros probl.mentales (excluida ansiedad/depresión crónica)	**2,01**	1,37	2,64
Infarto de miocardio	**1,06**	0,94	1,17
Embolia, infarto cerebral, hemorragia cerebral	**1,05**	1,28	0,82
Tumores malignos	**0,82**	0,76	0,89
Cirrosis, disfunción hepática	**0,52**	1,05	0
Problemas de próstata	**-**	7,45	-
Problemas del periodo menopáusico	**-**	-	2,74

Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud 2011.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Desde el año 2003 se observa en Extremadura una tendencia ascendente en la declaración de problemas crónicos, que actúan como factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión arterial que ha pasado de un 15,64% a un 19,06%; el colesterol, cuyo ascenso ha sido del 9,46% a un 20,51%; y la diabetes que ha aumentado del 5,90% hasta un 9,38%. Figura 2.3.

Figura 2.3 Evolución de problemas de salud crónicos que actúan como factor de riesgo cardiovascular. Extremadura. 2003-2011



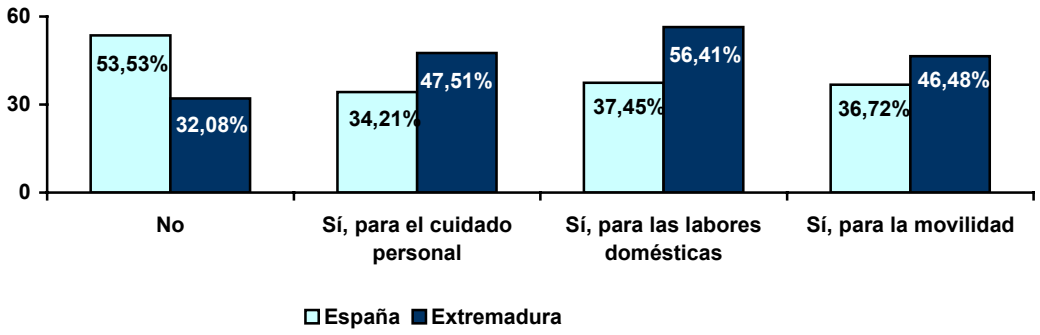
Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud 2011.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La enfermedad crónica más frecuente en la población infantil es la alergia crónica (12,33%), el asma (3,51%) y los trastornos de conducta hiperactiva (3,34%).

Con respecto a la dependencia funcional, un 32,08% de la población extremeña mayor de 64 años declaró no tener ningún tipo de dependencia funcional, ya sea para cuidado personal, para labores domésticas o para movilidad. La media nacional fue del 53,53%, unos 21 puntos por encima de Extremadura. Por sexos, son más autónomos los varones extremeños (35,14%) que las mujeres extremeñas (29,76%).

Entre las personas que sí declararon tener dependencia funcional, un 47,51% necesitaban ayuda para el cuidado personal, un 56,41% para las labores domésticas, y un 46,48% para la movilidad. Figura 2.4.

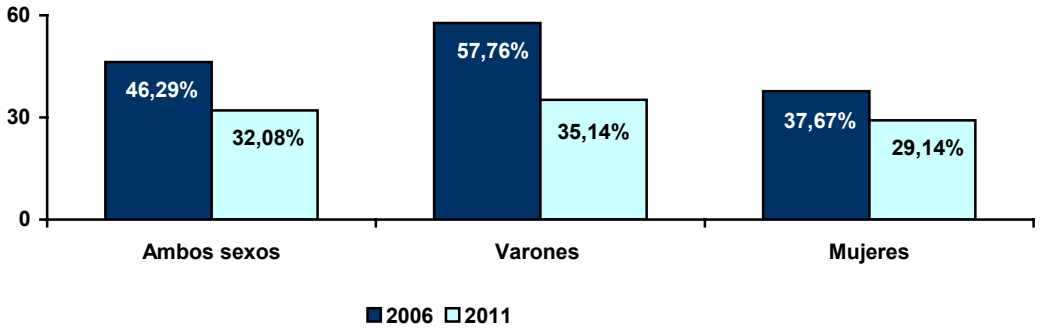
Figura 2.4 Dependencia funcional. Población de 65 años y más. España y Extremadura. 2011



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud 2011.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La autonomía funcional de la población mayor de 64 años ha ido descendiendo en los últimos años. En 2006, un 46,29% de las personas mayores de 64 años declararon realizar sin ayuda las actividades de la vida diaria (57,76% de varones y 37,67% de mujeres), disminuyendo en 14 puntos porcentuales en 2011, en el que un 32,08% declararon ser autónomos (35,14% de varones y 29,14% de mujeres). Figura 2.5.

Figura 2.5 Autonomía funcional. Población de 65 años y más. Extremadura. 2006-2011



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud 2011.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

3.- MORTALIDAD

La mortalidad en Extremadura se inserta en el modelo que caracteriza a los países de la Unión Europea: baja mortalidad general e infantil; esperanza de vida al nacer próxima a los 80 años, siendo superior en mujeres; y patrón de mortalidad en el que predominan las enfermedades crónicas y degenerativas sobre las patologías infecciosas.

3.1.- EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD

En el año 2011 se produjeron en Extremadura un total de 10.584 defunciones por todas las causas, 232 menos que las registradas en 2010 (lo que supone un descenso del 2,1%), y manteniendo una tendencia estable en los últimos años. Tabla 3.1.

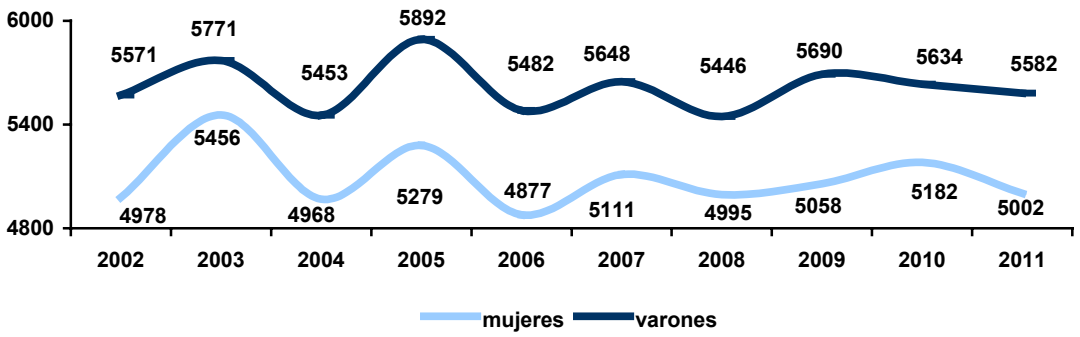
Tabla 3.1 **Evolución del número de defunciones por grandes causas de defunción (CIE-10). Extremadura. 2003-2011**

Grandes causas	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
I. E. infecciosas	200	173	216	192	223	219	202	190	149
II. Tumores	2.931	2.769	2.860	2.822	2.832	2.782	2.901	3.023	2.986
III. Enf. sangre	31	36	40	38	26	21	28	41	41
IV Enf. endocrinas	385	368	348	350	340	318	295	293	363
V T. mentales	241	239	223	213	263	254	281	272	287
VI-VIII S.nervioso y o.s.	324	324	391	408	400	385	429	449	512
IX S. circulatorio	3.908	3.572	3.774	3.425	3.520	3.448	3.413	3.441	3.350
X S. respiratorio	1.310	1.127	1.426	1.082	1.313	1.188	1.328	1.254	1.232
XI S. digestivo	571	494	576	602	556	502	560	605	554
XII Enf. piel	26	27	28	24	31	22	38	37	23
XIII Osteomuscular	138	136	113	94	111	97	112	129	107
XIV Genitourinario	257	210	300	275	286	297	321	336	296
XV Embarazo, p. y p.	1	0	1	0	0	1	0	0	1
XVI Perinatal	22	22	19	21	16	29	22	28	27
XVII Congénitas	20	26	22	25	21	21	20	18	24
XVIII No clasificadas	470	494	452	450	506	577	510	408	354
XX Externas	392	404	382	338	315	280	288	292	278
TOTAL	**11.227**	**10.421**	**11.171**	**10.359**	**10.759**	**10.441**	**10.748**	**10.816**	**10.584**

Fuente: INE. Defunciones según la causa de muerte.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

El número de defunciones por todas las causas en la población extremeña, ha sido siempre superior en varones. Figura 3.1.

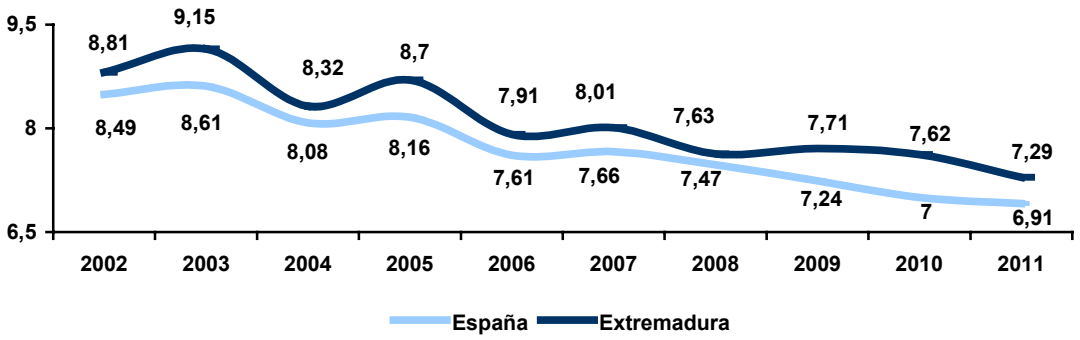
Figura 3.1 **Evolución del número de defunciones por todas las causas. Varones y mujeres. Extremadura 2002-2011**



Fuente: INE. Defunciones según la causa de muerte.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La evolución de las tasas estandarizadas de mortalidad por todas las causas, muestra una línea de tendencia descendente durante el período de estudio, para el total nacional y para Extremadura. Figura 3.2.

Figura 3.2 **Evolución de las tasas estandarizadas (tanto por mil) de mortalidad por todas las causas. Ambos sexos. España y Extremadura 2002-2011**

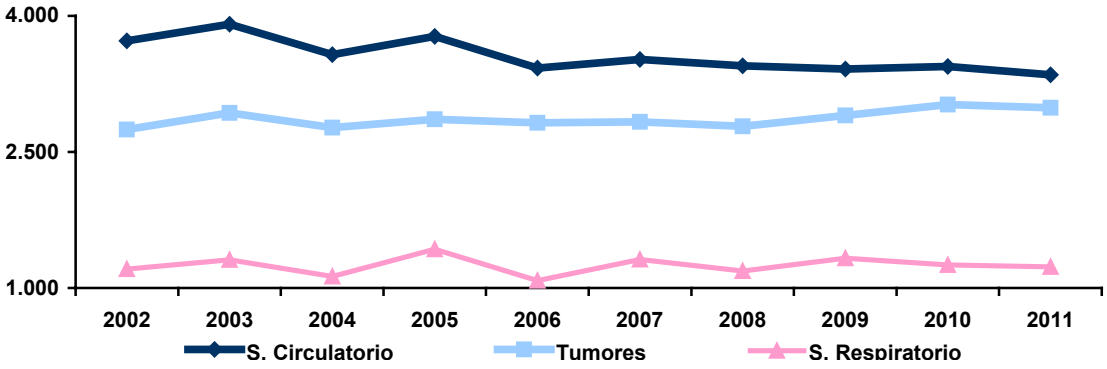


Fuente: INE. Defunciones según la causa de muerte.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

3.2.- PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIONES

Durante el año 2011 se produjo un leve descenso en el número de fallecimientos por tumores, enfermedades cardiovasculares y enfermedades del sistema respiratorio en comparación con el año 2010. Aún siendo las enfermedades del sistema circulatorio las que más muertes producen, su peso relativo en el total de defunciones experimentan una tendencia al descenso a lo largo del período de estudio, cediendo importancia a otras causas, principalmente tumores, donde se observa una tendencia al aumento y acercándose cada año más a converger con la primera causa de defunciones en Extremadura. Figura 3.3.

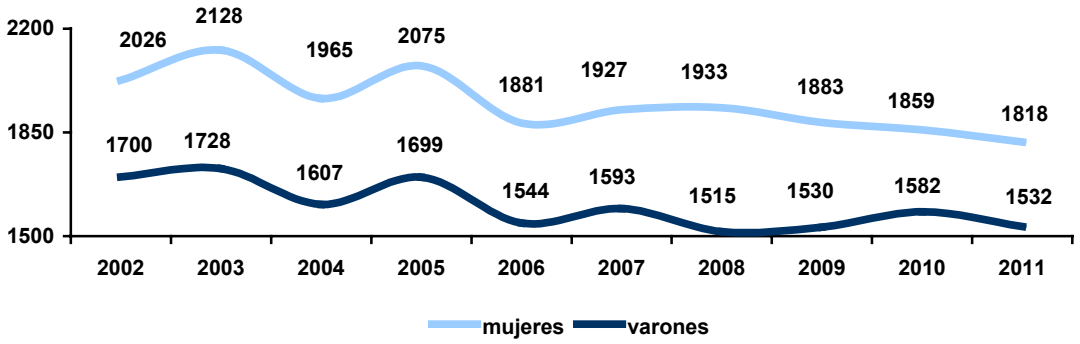
Figura 3.3 **Evolución del número de fallecimientos por las principales causas de defunciones (CIE-10). Extremadura. 2002-2011**



Fuente: INE. Defunciones según la causa de muerte.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

En el año 2011 las defunciones por enfermedades del sistema circulatorio fueron 3.350 (el 31,7% del total de muertes por todas las causas, siendo la primera causa de mortalidad en Extremadura para ambos sexos), observándose una tendencia al descenso, en el número de casos tanto para varones como para mujeres. Figura 3.4.

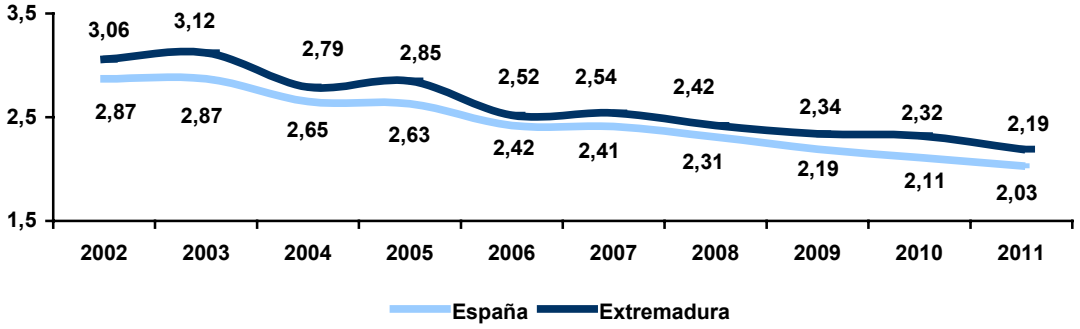
Figura 3.4 Evolución del número de defunciones por enfermedades del sistema circulatorio. Varones y mujeres. Extremadura 2002-2011



Fuente: INE. Defunciones según la causa de muerte.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La evolución de la tasa estandarizada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en España y Extremadura, presenta una línea claramente descendente para ambos, habiéndose alcanzado en 2011 los valores más bajos del período de estudio (2,03 para Extremadura, y 2,19 para el total nacional). Figura 3.5.

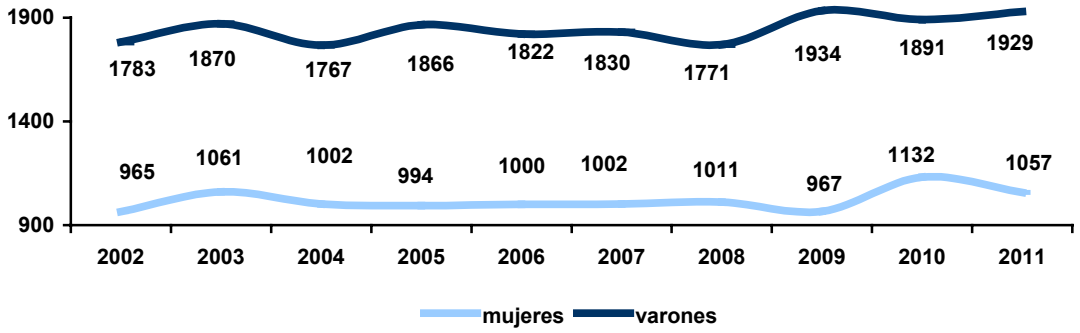
Figura 3.5 Evolución de las tasas estandarizadas (tanto por mil) de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio. Ambos sexos. España y Extremadura 2002-2011



Fuente: INE. Defunciones según la causa de muerte.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

En el año 2011 se han producido 2.986 defunciones de residentes en Extremadura por tumores, con un incremento en el número de hombres fallecidos con respecto al año anterior, y un descenso en mujeres. La mortalidad por tumores son la segunda causa de muerte en Extremadura, y se corresponde con el 28,2% del total de defunciones. Durante el período de estudio se observa una línea de tendencia con una ligera tendencia al aumento para ambos sexos. Figura 3.6.

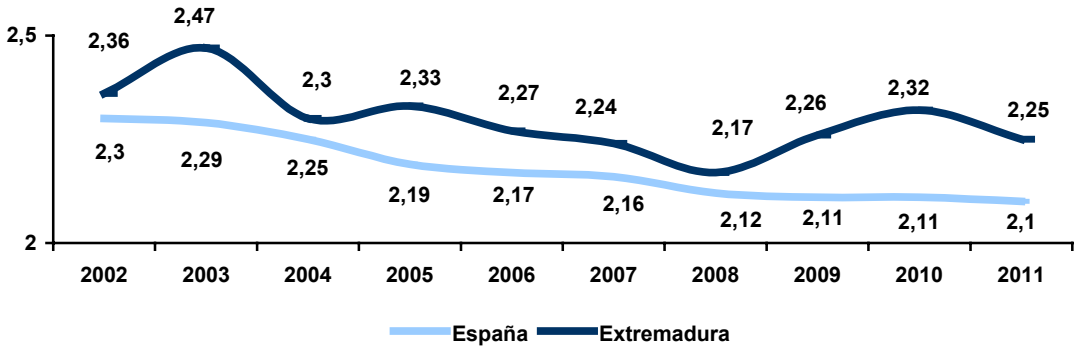
Figura 3.6 Evolución del número de defunciones por tumores. Varones y mujeres. Extremadura 2002-2011



Fuente: INE. Defunciones según la causa de muerte.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

En la comparativa de la evolución de las tasas estandarizadas (tanto por mil) de mortalidad por tumores, se observa una tendencia al descenso tanto en España como en Extremadura, con cifras siempre superiores para esta última. Los valores para el año 2011 han sido de 2,25 para Extremadura, y de 2,10 para el total nacional. Figura 3.7.

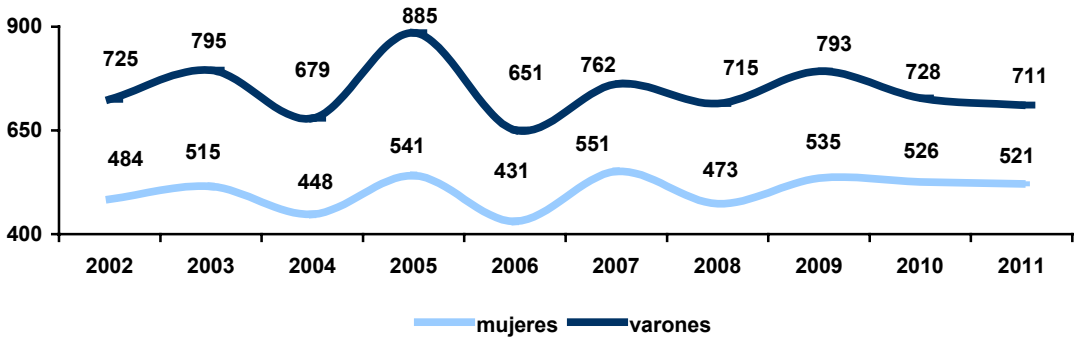
Figura 3.7 Evolución de las tasas estandarizadas (tanto por mil) de mortalidad por tumores. Ambos sexos. España y Extremadura 2002-2011



Fuente: INE. Defunciones según la causa de muerte.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La evolución del número de casos de defunción, por enfermedades del sistema respiratorio presenta una tendencia a la estabilidad durante el período de estudio. Representan el 11,6% de muertes por todas la causas en el año 2011, ocupando el tercer lugar por número de defunciones. Por géneros, los valores en varones siempre han sido superiores a los de mujeres. Figura 3.8.

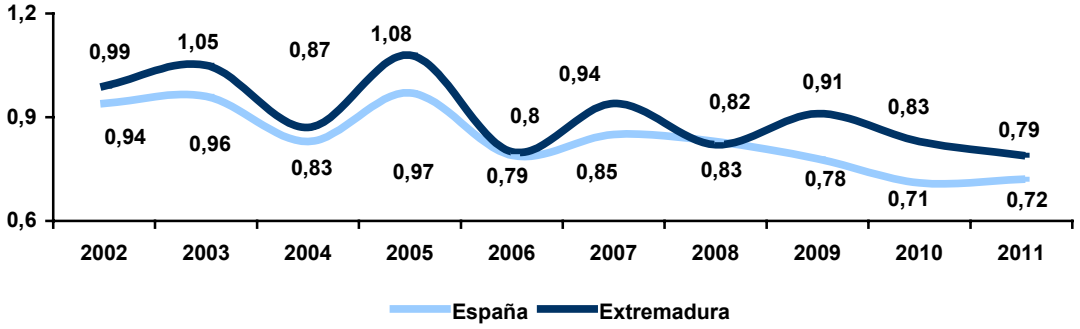
Figura 3.8 Evolución del número de defunciones por enfermedades del sistema respiratorio. Varones y mujeres. Extremadura 2002-2011



Fuente: INE. Defunciones según la causa de muerte.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La evolución de las tasas estandarizadas (tanto por mil) de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio, en ambos sexos, correspondientes a España y a Extremadura, presenta una tendencia al descenso durante el período de estudio, para ambos casos. Figura 3.9.

Figura 3.9 Evolución de las tasas estandarizadas (tanto por mil) de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio. Ambos sexos. España y Extremadura 2002-2011



Fuente: INE. Defunciones según la causa de muerte.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

3.3.- MORTALIDAD ESPECÍFICA

3.3.1.- Mortalidad por capítulos CIE

En el año 2011 se produjeron 5.582 defunciones en varones y 5.002 en mujeres, lo que supone una tasa bruta de mortalidad de 1.015,42 varones fallecidos por cada 100.000 varones y de 897,22 mujeres fallecidas por cada 100.000 mujeres (881,05 y 802,24 respectivamente para el total nacional). La tasa bruta de mortalidad para ambos géneros es de 955,9 fallecidos por cada 100.000 habitantes. En España la tasa bruta se situó en 841,0 para ambos géneros.

Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la primera causa de muerte en las mujeres, mientras que en los hombres son los tumores. Otras diferencias importantes se observan también en fallecimientos por causas externas (se producen más muertes por accidentes y suicidios en varones), y en trastornos mentales, enfermedades del

sistema nervioso (como la enfermedad de Alzheimer) y enfermedades endocrinas (como la diabetes), donde son más elevadas en mujeres. Tabla 3.2.

Tabla 3.2 **Número y porcentaje de defunciones, según distribución por capítulos de la CIE-10. Extremadura. 2011**

Causas de muerte	Varones	Mujeres	Porcentaje		
			a. sexos	varones	mujeres
IX Sistema circulatorio	1.532	1.818	31,7%	27,4%	36,3%
II Tumores	1.929	1.057	28,2%	34,5%	21,1%
X Sistema respiratorio	711	521	11,6%	12,7%	10,4%
XI Sistema digestivo	299	255	5,2%	5,4%	5,1%
VI-VIII Enf. sist. nervioso y órganos sentidos	187	325	4,8%	3,4%	6,5%
IV E. endocrinas, nutricionales y metabólicas	127	236	3,4%	2,3%	4,7%
XVIII Hallazgos anormales. No clasificados	181	173	3,3%	3,2%	3,5%
XIV Sistema genitourinario	129	167	2,8%	2,3%	3,3%
V Trastornos mentales y del comportamiento	100	187	2,7%	1,8%	3,7%
XX Causas externas	212	66	2,6%	3,8%	1,3%
I Enfermedades Infecciosas y parasitarias	86	63	1,4%	1,5%	1,3%
XIII Enf. osteomuscular y tejido conjuntivo	33	74	1,0%	0,6%	1,4%
III Enf. sangre y órganos hematopoyéticos	15	26	0,4%	0,2%	0,5%
XVI Afecciones del periodo perinatal	17	10	0,2%	0,2%	0,2%
XVII Malformaciones congénitas	16	8	0,2%	0,2%	0,2%
XII Enf. de la piel y tejido subcutáneo	8	15	0,2%	0,1%	0,3%
XV Embarazo, parto y puerperio	-	1	-	-	0,0%
TOTAL	**5.634**	**5.182**	**100%**	**100%**	**100%**

Fuente: INE. Defunciones según la causa de muerte.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Al igual que en años anteriores, en el año 2011 las causas de muerte por enfermedades cerebrovasculares fueron la primera causa para ambos sexos, seguidas del infarto agudo de miocardio y de los tumores malignos de tráquea, bronquios y pulmón. Por sexos, las principales causas de muerte en varones fueron el tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón, seguido de las enfermedades cerebrovasculares. En mujeres, las enfermedades cerebrovasculares ocuparon la primera posición, seguidas de otras enfermedades del corazón y la insuficiencia cardiaca. Tabla 3.3.

Tabla 3.3 **Defunciones con mayor peso relativo, según la causa de muerte (CIE-10). Extremadura. 2011**

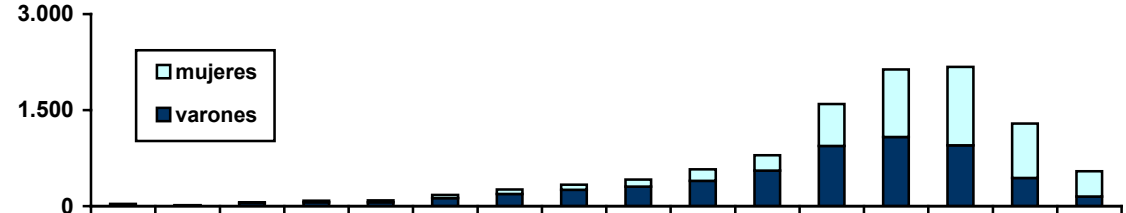
Causas de defunciones	ambos sexos	varones	mujeres
Enfermedades cerebrovasculares	875	397	478
Infarto agudo de miocardio	637	373	264
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	629	561	68
Otras enfermedades del corazón	594	253	341
Insuficiencia cardiaca	485	152	333
Otras enfermedades del sistema respiratorio	460	207	253
Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	366	308	58
Otras enfermedades isquémicas del corazón	359	186	173
Neumonía	347	178	169
Otras enfermedades del sistema digestivo	325	147	178
Tumor maligno de colon	320	192	128
Diabetes *mellitus*	310	114	196
Enfermedad de Alzheimer	285	70	215
Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil	268	83	185
Paro cardíaco, muerte sin asistencia y causas desconocidas	226	131	95

Fuente: INE. Defunciones según la causa de muerte.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

3.3.2.- Mortalidad específica por edad y sexo

La causa de mortalidad está muy influenciada por el género y el grupo de edad. La mortalidad alcanza sus picos máximos en los grupos de edad de 80 a 84 años y de 85 a 89 años. Con relación al sexo, los varones superan en mortalidad a las mujeres en todos los grupos de edad hasta llegar a los 80 años, donde se invierte la tendencia. La población de mujeres de más de 79 años casi duplica a la de varones de esa misma edad, indicando por tanto una mayor esperanza de vida en mujeres. Figura 3.10.

Figura 3.10 **Evolución de la mortalidad por grupos de edad y género. En número de casos. Extremadura. 2011.**



	0-1	1-14 a	15-29	30-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	más 95
mujeres	16	5	10	24	34	50	68	83	112	180	241	651	1055	1223	853	397
varones	20	9	48	61	58	126	190	254	304	395	555	942	1082	950	438	150

Fuente: INE. Defunciones según la causa de muerte.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Mortalidad de 0-1 año (mortalidad infantil)

En el año 2011 se produjeron 36 muertes de menores de 1 año, 20 varones y 15 mujeres. Las causas con mayor mortalidad son las afecciones del período perinatal, y de éstas son los trastornos respiratorios y cardiovasculares específicos del período perinatal (7 muertos), y las infecciones específicas del período perinatal (6 muertes), las causas específicas con mayor número de muertes. Tabla 3.4.

Tabla 3.4 **Evolución del número de casos de mortalidad específica infantil (0-1 año). Lista específica. Por género. Extremadura. 2010-2011**

Causas de muerte	Ambos géneros		Varones		Mujeres	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
I. Enf. infecciosas y parasitarias	1	0	1	0	0	0
II. Tumores	0	0	0	0	0	0
III. Enf. sangre y órganos hematop.	0	0	0	0	0	0
IV Enf. endocrinas, nutricionales	1	0	1	0	0	0
VI-VIII Enf. sistema nervioso	1	0	0	0	1	0
IX Enfermedades sist. circulatorio	0	1	0	0	0	1
X Enfermedades sist. respiratorio	0	0	0	0	0	0
XI Enfermedades sist. digestivo	0	0	0	0	0	0
XII Enf. piel y tejido subcutáneo	0	0	0	0	0	0
XIII Enf. sistema osteomuscular	0	0	0	0	0	0
XIV Enf. sistema genitourinario	0	0	0	0	0	0
XVI Afecciones periodo perinatal	25	25	9	15	16	10
XVII Malformaciones congénitas	8	10	3	5	5	5
XVIII No clasificadas otra parte	1	0	1	0	0	0
XX Causas externas	0	0	0	0	0	0
TOTAL	**37**	**36**	**15**	**20**	**22**	**15**

Fuente: INE. Defunciones según causa de muerte.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Dentro de la mortalidad infantil se incluyen las defunciones de menores de una semana, que fueron 19 en 2011 (6 más que el año anterior), y de ellos 4 son varones y 9 mujeres.

El mayor número de muertes lo fueron por afecciones originadas en el periodo perinatal (4 por trastornos respiratorios y cardiovasculares, 3 por infecciones específicas, 2 por trastornos relacionados con la gestación y el crecimiento fetal, 1 por trastornos hemorrágicos, y 4 por otros trastornos del período perinatal), y el resto por malformaciones congénitas y deformidades.

Con respecto a la muerte fetal tardía (fallecimiento antes de su completa expulsión o extracción del cuerpo de la madre, de un producto de la concepción viable), en Extremadura en 2011 se comunicaron 26 defunciones (15 varones y 11 mujeres), 24 por afecciones originadas en el período perinatal y 2 por malformaciones congénitas.

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

Tabla 3.5 **Evolución de la tasa de mortalidad infantil (defunciones de menores de 1 año por 1.000 nacidos). Extremadura, UE y países europeos* de nuestro entorno. 1975-2011**

Años	Extremadura	España	Portugal	Italia	Francia	R. Unido	UE
1975	22,90	18,89	38,90	21,20	-	18,90	20,8
1980	14,02	12,34	24,20	14,60	-	13,90	15,8
1985	10,31	8,92	17,80	10,50	-	11,10	12,8
1990	6,50	7,58	11,00	8,20	-	7,90	10,3
1995	4,70	5,46	7,50	6,20	-	6,20	7,5
2000	4,93	4,34	5,50	4,30	4,5	5,60	5,9
2005	4,20	3,72	3,50	3,80	3,8	5,10	4,9
2006	4,15	3,49	3,30	3,60	3,8	4,90	4,6
2007	3,31	3,43	3,40	3,50	3,8	4,70	4,5
2008	3,63	3,31	3,30	3,30	3,8	4,60	4,3
2009	3,49	3,20	3,60	3,40	3,9	4,70	4,2
2010	3,65	3,16	2,50	3,40	3,6	4,30	4,1
2011	3,62	3,14	3,10	3,20			

Fuentes: INE y EUROSTAT (*datos sujetos a actualización continua, no siempre acordes a la última actualización).
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Mortalidad de 1- 14 años

En 2011 se produjeron 19 muertes en la población de 1 a 14 años (5 menos que el año anterior), siendo los tumores el 50% de las causas. Del total de muertos, 9 eran varones y 5 mujeres. Tabla 3.6.

Tabla 3.6 Evolución del número de casos de mortalidad de 1-14 años. Por género. Extremadura. 2010-2011

Causas de muerte	Ambos géneros		Varones		Mujeres	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
I. E. Infecciosas	0	0	0	0	0	0
II. Tumores	1	7	0	3	1	4
III. E. Sangre	1	0	0	0	1	0
IV E. Endocrinas	1	0	1	0	0	0
V T. Mentales	0	0	0	0	0	0
VI-VIII Nervioso y o.s.	5	1	3	1	2	0
IX S. Circulatorio	0	2	0	2	0	0
X S. Respiratorio	3	1	1	0	2	1
XI S. Digestivo	1	0	0	0	1	0
XII E. Piel	0	0	0	0	0	0
XIII Osteomuscular	0	0	0	0	0	0
XIV Genitourinario	0	0	0	0	0	0
XV Embarazo, P .P	0	0	0	0	0	0
XVI Perinatal	2	2	2	2	0	0
XVII Congénitas	1	1	1	1	0	0
XVIII No clasificadas	0	0	0	0	0	0
XX Externas	4	0	3	0	1	0
TOTAL	**19**	**14**	**11**	**9**	**8**	**5**

Fuente: INE. Defunciones según causa de muerte.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Mortalidad de 15-29 años

En 2011 se produjeron 58 muertes en la población de 15-29 años para ambos géneros, la mayoría varones (20 defunciones). Las causas externas representan el 36,20% de las muertes en jóvenes. Dentro de ellas, los accidentes de tráfico de vehículos de motor producen el 57,14% del total de muertes para esta edad. Tabla 3.7.

Tabla 3.7 Evolución del número de casos de mortalidad de 15-29 años. Por género. Extremadura. 2010-2011

Causas de muerte	Ambos géneros		Varones		Mujeres	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
I. E. infecciosas	1	1	1	1	0	0
II. Tumores	7	11	5	7	2	4
III. Enf. sangre	0	1	0	0	0	1
IV Enf. endocrinas	1	1	0	1	1	0
V T. mentales	0	0	0	0	0	0
VI-VIII S. nervioso y órg. sentidos	3	3	1	3	2	0
IX S. circulatorio	6	5	2	4	4	1
X S. respiratorio	3	1	2	1	1	0
XI S. digestivo	1	0	1	0	0	0
XII Enf. piel	0	0	0	0	0	0
XIII Osteomuscular	1	1	0	0	1	1
XIV Genitourinario	1	0	0	0	1	0
XV Embarazo, parto y puerperio	0	0	0	0	0	0
XVI Perinatal	0	0	0	0	0	0
XVII Congénitas	1	2	1	2	0	0
XVIII No clasificadas	3	11	3	9	0	2
XX Externas	35	21	27	20	8	1
TOTAL	**63**	**58**	**43**	**48**	**20**	**10**

Fuente: INE. Defunciones según causa de muerte.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Mortalidad de 30-64 años

En el año 2011 se produjeron 1.364 muertes en la población de 30 a 64 años para ambos géneros.

Por sexos, la mortalidad fue muy superior en varones (993 defunciones). La causa con mayor mortalidad para ambos sexos, y para hombres y mujeres son los tumores, seguidos de las enfermedades del sistema circulatorio. Tabla 3.8.

Tabla 3.8 **Evolución del número de casos de mortalidad de 30-64 años. Por género. Extremadura. 2010-2011**

Causas de muerte	Ambos géneros		Varones		Mujeres	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
I. E. infecciosas	30	30	24	19	6	11
II. Tumores	654	593	430	399	224	194
III. Enf. sangre	3	2	2	2	1	2
IV Enf. endocrinas	22	23	15	17	7	6
V T. mentales	12	9	9	9	3	0
VI-VIII S. nervioso y órg. sentidos	27	49	15	25	12	24
IX S. circulatorio	264	247	216	195	48	52
X S. respiratorio	69	69	52	51	17	18
XI S. digestivo	75	111	58	91	17	20
XII Enf. piel	3	4	3	2	0	2
XIII Osteomuscular	7	3	1	1	6	2
XIV Genitourinario	16	22	10	12	6	10
XV Embarazo, parto y puerperio	0	1	0	0	0	1
XVI Perinatal	1	0	0	0	1	0
XVII Congénitas	5	6	1	6	4	0
XVIII No clasificadas	59	74	47	58	12	16
XX Externas	131	119	116	106	15	13
TOTAL	**1.378**	**1.364**	**999**	**993**	**379**	**371**

Fuente: INE. Defunciones según causa de muerte.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

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

En el año 2011 se produjeron 3.054 muertes en la población de 65-79 años para ambos géneros, 1.982 varones y 1.072 mujeres. Los tumores son la principal causa de muerte seguida de las enfermedades del sistema circulatorio, tanto para ambos sexos, como para mujeres y hombres. Tabla 3.9.

Tabla 3.9 **Evolución del número de casos de mortalidad de 65-79 años. Por género. Extremadura. 2010-2011**

Causas de muerte	Ambos géneros		Varones		Mujeres	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
I. E. infecciosas	63	43	27	25	36	18
II. Tumores	1.208	1199	818	834	390	365
III. Enf. sangre	14	10	2	5	12	5
IV Enf. endocrinas	92	85	46	40	46	45
V T. mentales	28	37	12	19	16	18
VI-VIII S. nervioso y órg. sentidos	115	129	56	59	59	70
IX S. circulatorio	866	826	518	495	348	331
X S. respiratorio	318	266	224	188	94	78
XI S. digestivo	162	157	98	101	64	56
XII Enf. piel	13	5	3	1	10	4
XIII Osteomuscular	21	23	11	8	10	15
XIV Genitourinario	73	58	33	29	40	29
XV Embarazo, parto y puerperio	0	0	0	0	0	0
XVI Perinatal	0	0	0	0	0	0
XVII Congénitas	3	3	2	1	1	2
XVIII No clasificadas	89	62	62	39	27	23
XX Externas	52	61	38	48	14	13
TOTAL	**3.117**	**3.054**	**1.950**	**1.982**	**1.167**	**1.072**

Fuente: INE. Defunciones según causa de muerte.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Mortalidad de más de 79 años (mortalidad de ancianos)

En el año 2011 se produjeron 6.148 muertes en la población de más de 79 años para ambos géneros, 2.620 varones y 3.528 mujeres. En este grupo etario, las mujeres superaron a los varones en número de casos de defunción. Las causas con mayor mortalidad para ambos sexos, y para hombres y mujeres, fueron las enfermedades del sistema circulatorio. Tabla 3.10.

Tabla 3.10 **Evolución del número de casos de mortalidad en mayores de 79 años. Por género. Extremadura. 2010-2011**

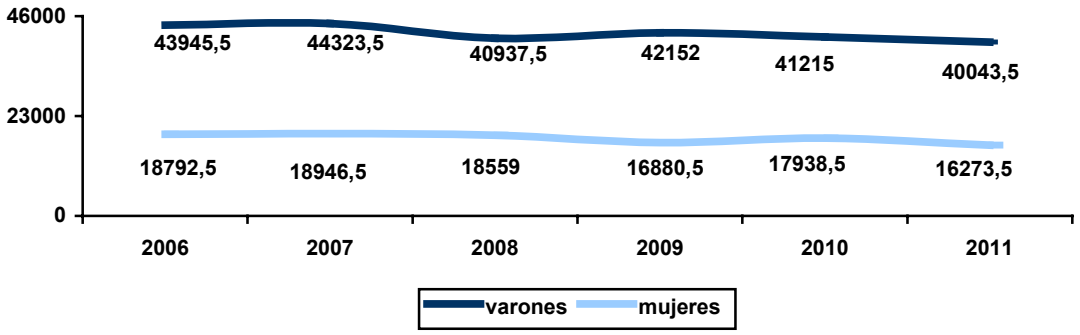
Causas de muerte	Ambos géneros		Varones		Mujeres	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
I. E. infecciosas	95	75	42	41	53	34
II. Tumores	1.153	1.176	638	686	515	490
III. Enf. sangre	23	26	11	8	12	18
IV Enf. endocrinas	176	254	44	69	132	185
V T. mentales	232	241	68	72	164	169
VI-VIII S. nervioso y órg. sentidos	298	330	102	99	196	231
IX S. circulatorio	2.305	2269	846	836	1.459	1.433
X S. respiratorio	861	895	449	471	412	424
XI S. digestivo	366	286	155	107	211	179
XII Enf. piel	21	14	4	5	17	9
XIII Osteomuscular	100	80	31	24	69	56
XIV Genitourinario	246	216	97	88	149	128
XV Embarazo, parto y puerperio	0	0	0	0	0	0
XVI Perinatal	0	0	0	0	0	0
XVII Congénitas	0	2	0	1	0	1
XVIII No clasificadas	256	207	85	75	171	132
XX Externas	70	77	44	38	26	39
TOTAL	**6.202**	**6.148**	**2.616**	**2.620**	**3.586**	**3.528**

Fuente: INE. Defunciones según causa de muerte.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

3.4.- AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS (APVP)

En Extremadura durante el año 2011 se perdieron 56.317 años potenciales de vida por todas las causas para ambos géneros (dentro del intervalo de edad comprendido entre 1 y 79 años), lo que supone 2.836,5 APVP menos que el año anterior. Este descenso en el número de APVP se ha producido a expensas tanto de las mujeres, como de los varones. Figura 3.11.

Figura 3.11 **Evolución del número de años potenciales de vida perdidos por todas las causas. Varones y mujeres. Extremadura 2006-2011**



Fuente: INE. Años potenciales de vida perdidos.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

En Extremadura en 2011 la tasa estandarizada de APVP fue de 53,17, frente al 50,94 del total nacional. En varones, la tasa estandarizada se situó en 74,50, y en mujeres fue de 30,96. Los valores de tasas estandarizadas para ambos sexos y varones, son siempre superiores en Extremadura, durante el período de estudio. Tabla 3.11.

Tabla 3.11 **Evolución de las tasas estandarizadas de APVP. España y Extremadura. 2006-2011**

		2006	2007	2008	2009	2010	2011
Ambos sexos	España	58,80	57,95	55,73	53,71	51,92	50,94
	Extremadura	61,14	61,17	57,43	56,66	56,71	53,17
varones	España	81,48	79,97	76,25	73,93	70,79	68,83
	Extremadura	84,85	84,86	78,35	80,14	77,82	74,50
mujeres	España	36,16	35,89	35,15	34,63	33,01	33,03
	Extremadura	36,68	36,62	35,85	32,40	34,74	30,96

Fuente: INE. Años potenciales de vida perdidos.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Si hablamos de la causa de mortalidad con mayor pérdida en años potenciales para ambos géneros en Extremadura durante el año 2011, en primer lugar se sitúan los tumores, con 23.154,00 años perdidos y una tasa estandarizada de APVP de 21,89; seguidos del aparato circulatorio y de las causas externas de mortalidad. Por sexos, tanto en varones como en mujeres, las mayores pérdidas de APVP son los tumores y el sistema circulatorio. La mayor diferencia entre sexos de APVP se produce también en tumores (mayor en varones). Tabla 3.12.

Tabla 3.12 **Años potenciales de vida perdidos por grandes causas de defunción en Extremadura. Nº de años perdidos y tasa estandarizada en España y en Extremadura. 2011**

Grandes causas de defunción	Ambos géneros			Varones			Mujeres		
	APVP	Tasas		APVP	Tasas		APVP	Tasas	
	CAE	CAE	ESP	CAE	CAE	ESP	CAE	CAE	ESP
Tumores	23.154,00	21,89	21,46	15.457,50	28,77	26,94	7.696,50	14,66	15,96
Sist. circulatorio	10.839,50	10,21	9,29	7.844,50	14,56	13,23	2.955,00	5,66	5,35
Causas externas	5.402,50	5,22	6,19	4.850,00	9,31	9,81	552,50	1,05	2,59
Sist. respiratorio	3.397,00	3,20	2,90	2.430,00	4,50	4,11	967,00	1,86	1,67
Sistema digestivo	3.740,00	3,39	2,91	2.910,00	5,13	4,28	830,00	1,56	1,53
No clasificados	3.202,50	3,04	2,11	2.490,00	4,67	3,10	712,50	1,36	1,11
Sistema nervioso	2.120,00	2,01	1,81	1.205,00	2,33	2,09	915,00	1,70	1,52
Enf. infecciosas	1.035,00	0,92	1,37	692,50	1,24	1,89	342,50	0,60	0,85
Enf. endocrinas	1.022,50	1,00	1,08	640,00	1,23	1,29	382,50	0,75	0,87
Sist. genitourinario	865,00	0,78	0,49	457,50	0,82	0,57	407,50	0,74	0,41
Trast. mentales	420,00	0,38	0,43	340,00	0,60	0,55	80,00	0,15	0,31
Malformac. cong.	369,50	0,37	0,39	359,50	0,72	0,43	10,00	0,02	0,35
Sist. Osteomusc.	242,50	0,24	0,21	57,50	0,11	0,18	185,00	0,38	0,23
Enf. sangre	202,50	0,20	0,20	67,50	0,13	0,24	135,00	0,27	0,17
Afecc.perinatales	144,50	0,14	0,03	144,50	0,29	0,03	0,00	0,00	0,03
Enfermedades piel	117,50	0,11	0,06	57,50	0,10	0,06	60,00	0,12	0,06
Embarazo, p,p.	42,50	0,04	0,01	-	-	-	42,50	0,08	0,03
Todas las causas	**56.317,00**	**53,17**	**50,94**	**40.043,50**	**74,50**	**68,83**	**16.273,50**	**30,96**	**33,03**

Fuente: INE. Años potenciales de vida perdidos.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

3.5.- ESPERANZA DE VIDA

3.5.1.-Esperanza de vida al nacer (EVN)

En Extremadura durante 2011, la EVN fue de 81,56 años en ambos sexos, similar a la cifra encontrada para el territorio nacional que fue de 82,10 años. Por sexos, las mujeres extremeñas presenta una EVN de 84,82 años, superior a la estimada para los varones extremeños que es de 78,31 años. En los últimos 10 años en Extremadura se ha producido un incremento de 2,22 años para ambos sexos, similar al incremento producido para el conjunto del territorio nacional. Tabla 3.13.

Tabla 3.13 **Evolución de la esperanza de vida al nacimiento por sexos. Extremadura y España. 2001-2011.**

Años	EXTREMADURA			ESPAÑA		
	Varones	Mujeres	A. Géneros	Varones	Mujeres	A. Géneros
2001	76,11	82,71	79,34	76,30	83,07	79,69
2002	76,07	82,97	79,45	76,40	83,14	79,77
2003	76,01	82,22	79,05	76,42	82,99	79,71
2004	76,52	83,37	79,88	77,00	83,60	80,30
2005	76,34	83,11	79,64	77,03	83,55	80,29
2006	77,17	83,89	80,46	77,72	84,16	80,95
2007	77,33	83,69	80,44	77,77	84,11	80,94
2008	77,90	84,08	80,94	78,17	84,27	81,24
2009	77,69	84,30	80,91	78,54	84,56	81,58
2010	77,97	84,14	81,00	78,94	84,91	81,95
2011	78,31	84,82	81,56	79,16	84,97	82,10
Δ 2001-2011	**+ 2,2 años**	**+ 2,11 años**	**+ 2,22 años**	**+2,86 años**	**+1,9 años**	**+2,41 años**

Fuente: INE. Indicadores Demográficos Básicos.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

3.5.2.-Esperanza de vida a los 65 años

Las mujeres tienen mayor esperanza de vida a los 65 años que los hombres, tanto en Extremadura como en el total nacional. Durante el período de estudio se observa un incremento del número de años de esperanza de vida a los 65 años para todos los sexos, y para España y Extremadura. Tabla 3.14.

Tabla 3.14 **Evolución de la esperanza de vida a los 65 años por sexos. Extremadura y España. 2001-2011.**

Años	EXTREMADURA			ESPAÑA		
	Varones	Mujeres	A. Géneros	Varones	Mujeres	A. Géneros
2001	16,75	20,31	18,63	16,85	20,84	18,99
2002	16,50	20,51	18,61	16,87	20,87	19,01
2003	16,42	20,12	18,35	16,84	20,75	18,93
2004	17,21	20,82	19,12	17,28	21,26	19,41
2005	16,53	20,59	18,64	17,19	21,13	19,29
2006	17,34	21,26	19,41	17,75	21,68	19,85
2007	17,33	21,82	19,39	17,68	21,65	19,79
2008	17,64	21,58	19,70	17,95	21,78	19,99
2009	17,34	21,63	19,56	18,09	22,01	20,17
2010	17,59	21,65	19,70	18,33	22,28	20,43
2011	17,96	22,05	20,10	18,45	22,37	20,53
Δ 2001-2011	**+1,21 años**	**+ 1,74 años**	**+ 1,47 años**	**+1,6 años**	**+1,53 años**	**+1,54 años**

Fuente: INE. Indicadores Demográficos Básicos.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

4.- MORBILIDAD

4.1.- ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Las tasas notificadas de EDOs durante el período de estudio, fueron de 0 en los casos de difteria, poliomielitis, rabia, cólera, fiebre amarilla, peste, tifus exantemático, rubéola congénita y tétanos neonatal, tanto para Extremadura, como para el total de España.

Durante el año 2011 se observa una mayor tasa de EDO en Extremadura con respecto a España, en casos de gripe o sarampión. En otros casos, como tos ferina o legionelosis, las tasas son menores en Extremadura. Tabla 4.1.

Tabla 4.1 **Evolución de las Enfermedades de declaración obligatoria. Tasas notificadas, por 100.000 habitantes. Extremadura y España. 2008-2011**

EDOS	Extremadura				España			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
F. tifoidea y paratif.	0,56	0,00	0,09	0,00	0,18	0,16	0,15	0,18
Disentería	0,00	0,00	0,00	0,00	0,81	0,53	0,35	0,27
Gripe	2788,54	5554,85	763,32	3994,05	1408,68	2521,91	492,34	1288,30
Tuberculosis resp.	9,66	9,00	6,86	8,34	14,81	13,59	12,13	11,23
Sarampión	0,19	0,00	0,09	13,25	0,69	0,10	0,66	7,94
Rubéola	0,00	0,09	0,00	0,00	0,14	0,07	0,03	0,04
Varicela	439,03	416,47	225,51	212,43	281,30	312,43	347,07	298,28
Brucelosis	2,97	2,41	0,74	0,93	0,38	0,32	0,24	0,22
Sífilis	1,86	2,13	2,41	3,52	5,70	5,56	7,00	6,85
Infección gonocócica	1,67	1,21	1,67	2,32	4,25	4,33	5,07	5,08
Enf. meningocócica	0,74	0,83	1,67	0,37	1,72	1,61	1,21	1,25
Parotiditis	3,53	2,78	2,22	9,36	8,60	4,81	5,95	10,06
Tos ferina	0,09	0,19	0,00	0,46	1,48	1,19	1,94	7,06
Lepra	0,09	0,00	0,09	0,00	0,04	0,08	0,03	0,03
Paludismo	0,28	0,46	0,09	0,37	0,78	0,91	0,98	1,10
Tétanos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,02	0,02	0,02
Triquinosis	0,09	0,74	0,00	0,00	0,11	0,05	0,05	0,07
Botulismo	0,00	0,00	0,37	0,00	0,02	0,03	0,02	0,03
Hepatitis A	4,74	2,41	0,56	1,67	5,03	5,97	2,25	1,55
Hepatitis B	1,39	1,30	1,30	2,13	2,26	1,93	1,90	1,75
Otras hepatitis víricas	2,23	0,28	0,46	0,00	1,69	1,57	1,63	1,46
Legionelosis	0,74	0,28	0,56	0,46	2,99	2,90	2,88	2,22
Meningitis tuberculosa	0,09	0,00	0,00	0,00	0,23	0,21	0,22	0,20
Sífilis congénita	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,03	0,02	0,02

Fuente: INE. Enfermedades de Declaración Obligatoria.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Enfermedades transmitidas por alimentos y agua

Los datos de 2011 de las enfermedades transmitidas por alimentos y agua indican que: no se notificó ningún caso de botulismo; se notificaron 232 aislamientos por Campilobacter (de los que el 85,09% de los casos aislados correspondieron a C. jejuni, el 1,3% a C. coli, y el 18,61% sin tipificar); se aislaron 55 G. lamblia; se notificaron 18 casos de hepatitis A; 1 aislamiento de Listerya monocytogene; 311 notificaciones de casos de infección por Salmonella no Tifoidea (siendo el serotipo más incidente de los aislados el B, con 81 casos); 13 casos de Yersinia enterocolítica; y no se notificó ningún caso de Shigelosis. Tabla 4.2.

Tabla 4.2 Evolución del número de enfermedades transmitidas por alimentos y agua. Extremadura. 2007-2011

Enfermedades	2007	2008	2009	2010	2011
Botulismo	0	0	0	4	0
Campilobacteriosis	225	203	230	193	232
Giardiasis	50	62	50	55	55
Hepatitis A	23	51	26	6	18
Listeriosis	6	7	2	8	1
Salmonelosis	319	378	308	235	311
Triquinosis	0	1	8	0	0
Yersiniosis	18	20	16	1	13

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES (Red de Vigilancia Epidemiológica) e INE (EDO).
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Enfermedades prevenibles por vacunación

Durante la temporada epidémica 2010/2011 se han notificado 4 casos de enfermedad meningocócica, de los que se confirmaron 2, que pertenecen al serogrupo B.

Durante el año 2011 se notificaron 4 casos de enfermedad invasora por Haemophilus influenzae, 101 casos de parotiditis, 143 casos de sarampión, 5 casos de tos ferina, 2.293 casos de varicela, y no se notificó ningún caso de rubéola.

Durante el período de estudio no se ha notificado ningún caso de difteria, rubéola congénita, tétanos, ni tétanos neonatal. Tabla 4.3.

Tabla 4.3 Evolución del número de enfermedades prevenibles por vacunación. Extremadura. 2007-2011

Enfermedades	2007	2008	2009	2010	2011
Difteria	0	0	0	0	0
Enfermedad meningocócica	7	8	9	18	4
Enfermedad invasora por *hemophilus influenzae*	11	14	8	3	4
Parotiditis	107	38	30	24	101
Rubéola	3	2	0	0	0
Sarampión	0	2	0	1	143
Tétanos	0	0	0	0	0
Tos ferina	2	1	2	0	5
Varicela	6601	4728	4490	2433	2293

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES (Red de Vigilancia Epidemiológica) e INE (EDO).
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Enfermedades de transmisión aérea

En Extremadura, la infección por neumococo es vigilada a través del SIM, participando desde el año 2009 en un programa común con las demás CCAA, de Vigilancia de la enfermedad invasora por estreptococos pneumoniae, para que todo aislamiento se declare a la Dirección de Salud de Área para hacer la ficha epidemiológica específica, y que se envíe la muestra para serotipaje al Centro Nacional de Microbiología. Su forma clínica más frecuente de aparición durante los últimos años ha sido la neumonía, seguida de la meningitis neumocócica. Durante el año 2011 se han declarado 19 aislamientos de S. pneumoniae que cumplen los criterios de enfermedad invasora.

También se han declarado durante el año 2011, 43.113 casos de gripe, 5 casos de legionelosis, 90 casos de tuberculosis respiratoria, y ningún caso de lepra ni de meningitis tuberculosa. Tabla 4.4.

Tabla 4.4 Evolución del número de enfermedades de transmisión aérea. Extremadura. 2007-2011

Enfermedades	2007	2008	2009	2010	2011
Enfermedad neumocócica invasora	-	-	28	28	19
Gripe	37538	30030	59887	7944	43113
Legionelosis	8	8	3	6	5
Lepra	0	1	0	1	0
Tuberculosis respiratoria	121	104	97	74	90
Meningitis tuberculosa	2	1	0	0	0

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES (Red de Vigilancia Epidemiológica) e INE (EDO).
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Enfermedades transmitidas por vectores

Se ha producido un descenso importante en los casos de fiebre exantemática mediterránea, pasando de 12 casos en 2010, a 3 en 2011.

Durante el año 2011 se han declarado 2 casos de leishmaniasis, 4 casos de paludismo, y no se ha declarado a la Red de Vigilancia Epidemiológica ningún caso nuevo de enfermedad recurrente por garrapatas. Tabla 4.5.

Tabla 4.5 Evolución del número de enfermedades transmitidas por vectores. Extremadura. 2007-2011

Enfermedades	2007	2008	2009	2010	2011
Fiebre exantemática mediterránea	12	12	4	12	3
Leishmaniasis	4	2	0	1	2
Paludismo	1	3	5	1	4
Fiebre recurrente por garrapata	0	0	0	2	0

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES (Red de Vigilancia Epidemiológica) e INE (EDO).
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Zoonosis

Durante los últimos años se observa una tendencia al descenso muy marcada de brucelosis, a pesar del aumento de casos de brucelosis en 2011 con respecto al año anterior.

Durante el año 2011 se han declarado 5 casos de hidatidosis (continuando la tendencia descendente de los últimos años), y ningún caso de carbunco, fiebre Q, ni turalemia (el único caso producido por Francisella turalensis se produjo en el año 2007, en una persona en contacto previo con animales de caza). Tabla 4.6.

Tabla 4.6 Evolución del número de zoonosis. Extremadura. 2007-2011

Enfermedades	2007	2008	2009	2010	2011
Brucelosis	40	32	26	8	10
Hidatidosis	30	18	17	11	5
Carbunco	1	0	1	1	0
Fiebre Q	4	2	4	2	0
Tularemia	1	0	0	0	0

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES (Red de Vigilancia Epidemiológica) e INE (EDO).
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Enfermedades de transmisión sexual y parenteral

Durante el año 2011 se han declarado: 58 nuevos casos de VIH; 4 casos de Sida; 38 de sífilis (con una tasa de incidencia acumulada anual de 3,59 casos por 100.000 habitantes y un incremento en la incidencia anual); 26 de gonococia (con una incidencia de 2,46 casos por 100.000 habitantes y una tendencia ascendente en la incidencia en los últimos años); 16 diagnósticos de Chlamydia trachomatis; 23 notificaciones de casos de hepatitis B; 14 de hepatitis C (de declaración obligatoria desde el año 2009); y ningún caso de sífilis congénita. Tabla 4.7.

Tabla 4.7 **Evolución del número de enfermedades de transmisión sexual y parenteral. Extremadura. 2007-2011**

Enfermedades	2007	2008	2009	2010	2011
Infección por VIH	44	47	42	42	58
SIDA	13	9	5	6	4
Sífilis	18	20	23	26	38
Sífilis congénita	0	0	0	0	0
Infección gonocócica	10	18	13	18	26
Infección por Clamidia	3	14	29	10	16
Hepatitis B	38	15	14	14	23
Hepatitis C	-	-	18	16	14

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES (Red de Vigilancia Epidemiológica) e INE (EDO).
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas

Desde el comienzo de la vigilancia y hasta el 31 de diciembre de 2011, se han recibido 17 notificaciones; 2 casos se descartaron como EETH, 8 casos se confirmaron como Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica, y 5 casos fueron probable /posible. No se declaró ningún caso de variante de Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. En el año 2011 se han declarado 3 casos de EETH, 2 confirmados como Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica, y uno probable /posible, no habiéndose evidenciado fuente de exposición alguna tras las encuestas epidemiológicas.

4.2.- INFECCIÓN VIH/SIDA

4.2.1.- Infección por VIH

Desde el año 2001 (año de funcionamiento del Sistema de información SINVIH) hasta el 31 de diciembre de 2011 se han notificado un total de 445 casos de nuevas infecciones por VIH, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 42,04 por cien mil habitantes. Durante el año 2011 se han notificado 58 nuevos diagnósticos de VIH, el número de diagnósticos anuales de máximo valor, teniendo un 73,68% de ellos su origen en la transmisión sexual, y habiendo aumentado el número de casos con categoría desconocida, debido a que la mayor parte de estos casos se han notificado a través de la búsqueda activa realizada por revisión de historia clínica. Por sexos, la mayor incidencia siempre ha sido en superior en hombres. Tabla 4.8.

Tabla 4.8 **Nuevas infecciones por VIH. Distribución de casos y tasas de incidencia acumulada por 10^5 habitantes según año de diagnóstico. Extremadura. 2001-2011**

Año de diagnóstico	Casos	Tasas	Año de diagnóstico	Casos	Tasas
2001	43	4,06	2007	44	4,16
2002	36	3,40	2008	47	4,44
2003	38	3,59	2009	42	3,97
2004	34	3,21	2010	42	3,97
2005	25	2,36	2011	58	5,48
2006	36	3,40	**Total**	**445**	**42,04**

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Red de Vigilancia Epidemiológica.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La distribución según el estadio clínico de las nuevas infecciones por VIH en el año 2011 es de: asintomático en 34 casos, sintomático con criterios de Sida en 9 casos, desconocido en 8 casos, Sida en 4 casos, y primoinfección en 3 casos.

La categoría de transmisión más frecuente en nuevas infecciones por VIH en el año 2011 es la conducta sexual (mayor en heterosexual que en homosexual), seguido de los usuarios de drogas inyectadas.

4.2.2.- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida)

Desde el año 1985 hasta el 31 de octubre de 2011, se han incorporado al Registro Autonómico de Sida un total de 1.196 casos, lo que supone una tasa de incidencia acumulada de 112,99 casos por cien mil habitantes. El número de diagnósticos anuales alcanzó su valor máximo en el año 1996 con 157 casos, lo que supuso una tasa acumulada para ese año de 14,83 por cien mil habitantes. En el año 2011 se han declarado 4 casos nuevos. Tabla 4.9.

Tabla 4.9 **Distribución de casos y tasas por 10^5 habitantes de sida por año de diagnóstico*. Extremadura. 1985-2011**

Año	Casos	Tasas	Año	Casos	Tasas	Año	Casos	Tasas
1985	1	0,09	1994	114	10,77	2003	35	3,31
1986	1	0,09	1995	111	10,49	2004	27	2,55
1987	8	0,76	1996	157	14,83	2005	23	2,17
1988	27	2,55	1997	125	11,81	2006	23	2,17
1989	34	3,21	1998	81	7,65	2007	13	1,23
1990	45	4,25	1999	56	5,29	2008	9	0,85
1991	36	3,40	2000	37	3,50	2009	5	0,47
1992	59	5,57	2001	49	4,63	2010	6	0,57
1993	65	6,14	2002	42	3,97	2011	4	0,38
						Total	**1.196**	**112,99**

*Fecha de aparición de la primera enfermedad indicativa.
Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Boletín Epidemiológico de Extremadura.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Formación y Calidad de la CSyPS.

De los casos declarados, 978 eran hombres (81,8%), frente a las 218 mujeres (18,14%). La edad media al diagnóstico es de 33,46 años con un rango de 81, una moda de 29 y una desviación estándar de 9,14.

En ambos sexos y hombres, la mayor incidencia aparece en el grupo de edad de 30-34 años, con una tasa acumulada de 392,50 por cien mil habitantes. Si cruzamos variables de edad y sexo observamos que en hombres sí permanece más incidente este grupo etario, sin embargo en mujeres el SIDA es más frecuente en el grupo etario 25-29 años. Los casos de Sida por usuarios/as de drogas inyectadas son más frecuentes en el grupo de edad de 30-34 años, y los casos de Sida por conducta sexual son más frecuentes en el grupo de edad de 35-39 años.

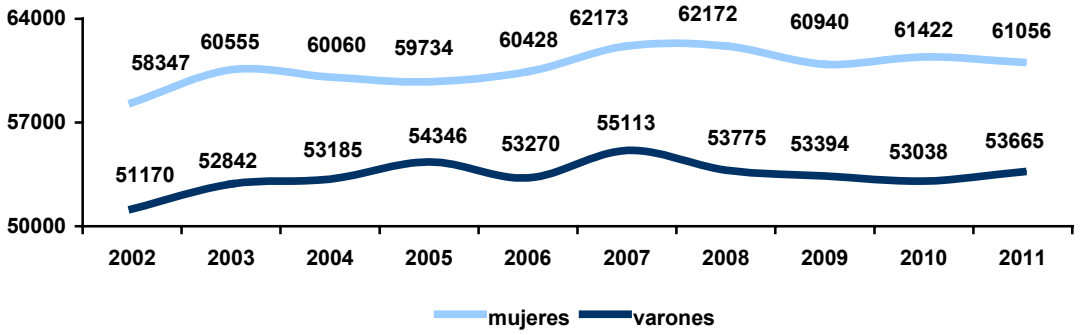
A lo largo de los años, observamos como la categoría de transmisión usuarios/as de drogas inyectadas sigue siendo la categoría de transmisión más frecuente (presente en el 68,98% de los casos) y observándose una disminución progresiva a lo largo de los años; seguida de la conducta sexual en el 17,22% de los casos, y siendo dentro de esta última categoría, la conducta sexual heterosexual las más frecuente (67%), observándose un aumento progresivo de la misma, y un ligero descenso en la categoría homo/bisexual.

4.3.- MORBILIDAD HOSPITALARIA GENERAL

4.3.1.- Morbilidad por todas las causas

La evolución del número de enfermos (varones y mujeres), dados de alta hospitalaria, presenta una tendencia a la estabilidad en los últimos años. Durante el año 2011 fueron dados de alta hospitalaria un total de 114.721 enfermos (varones y mujeres) residentes en Extremadura, cifras similares a los años anteriores. El mayor número de altas hospitalarias se produjo en enfermedades cardiovasculares, seguidas de las enfermedades del aparato respiratorio, y de las enfermedades del aparato digestivo. Por sexos, el mayor número de altas hospitalarias en varones también se produjo en enfermedades cardiovasculares, seguidas de las enfermedades del aparato respiratorio, y de las enfermedades del aparato digestivo; y en mujeres el mayor número de causa fueron las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, seguidas de las enfermedades cardiovasculares, y de las enfermedades del aparato digestivo. En la evolutiva, se observa una línea de tendencia con un suave ascenso para ambos sexos. Figura 4.1.

Figura 4.1 Evolución del número de enfermos (varones y mujeres) residentes en Extremadura dados de alta hospitalaria por todas las causas. 2002-2010



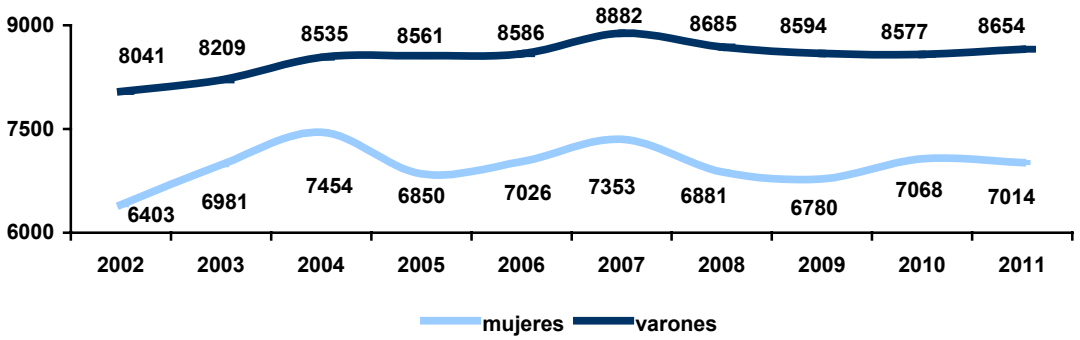
Fuente: INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

4.3.2.- Morbilidad de las principales patologías

Morbilidad hospitalaria por enfermedades del sistema circulatorio

Las cifras de morbilidad hospitalaria cardiovascular indican que en 2011, las patologías cardiovasculares son la primera causa de ingreso hospitalario en la población extremeña, originando 15.668 altas hospitalarias, el 13,7% del total. Por sexos, las enfermedades cardiovasculares conforman la primera causa de hospitalización en varones (8.654 altas, el 16,1% del total), y la segunda en mujeres (7.014 altas, el 11,5% del total), solo por detrás de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Por grupos de edad, estas patologías constituyen la primera causa de morbilidad hospitalaria a partir de 60 a 64 años, y sobre todo en mayores de 64 años. Se observa una tendencia a la estabilidad en mujeres, y un leve ascenso en varones. Figura 4.2.

Figura 4.2	Evolución del número de enfermos (varones y mujeres) residentes en Extremadura dados de alta hospitalaria con diagnóstico principal "enfermedades del sistema circulatorio" 2002-2011

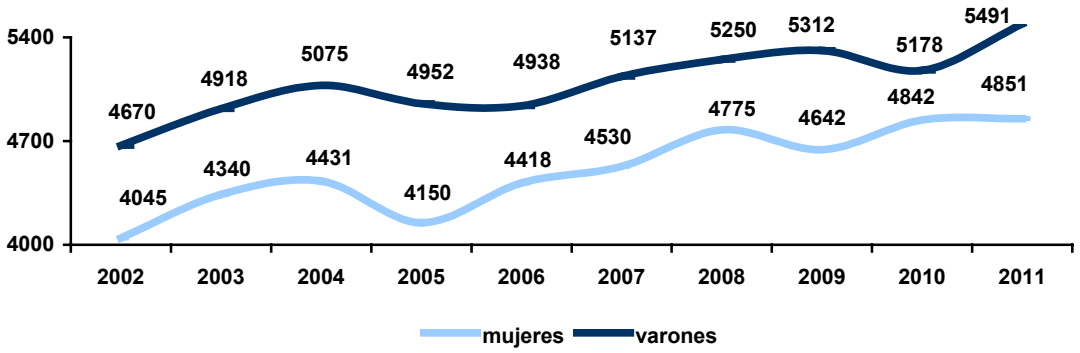


Fuente: INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Morbilidad por cáncer

Las cifras de altas hospitalarias por neoplasias indican que en 2011, las patologías por neoplasias son la quinta causa de ingreso hospitalario la población extremeña, originando 10.342 altas hospitalarias, el 9% del total: Por sexos, las neoplasias conforman la cuarta causa de hospitalización en varones (5.491 altas, el 10,2% del total), y la quinta en mujeres (4.851 altas, el 8% del total). Se observa una clara línea de tendencia ascendente para ambos sexos. Figura 4.3.

Figura 4.3	Evolución del número de enfermos (varones y mujeres) residentes en Extremadura dados de alta hospitalaria con diagnóstico principal "tumores" o "neoplasias" 2002-2011

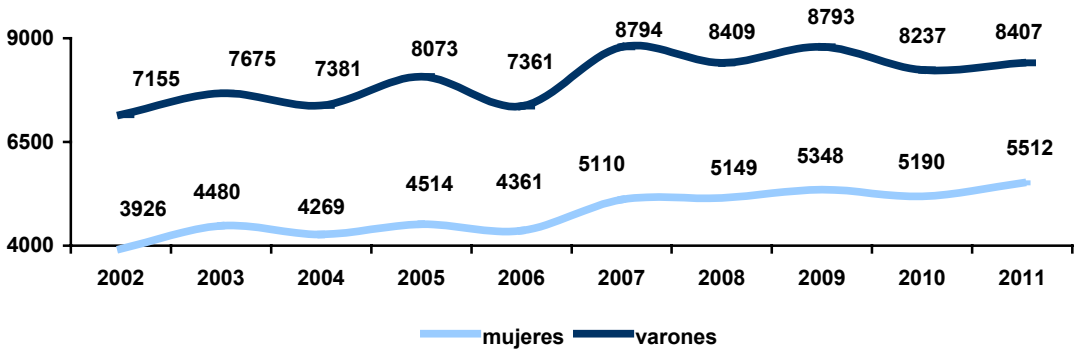


Fuente: INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Morbilidad por enfermedades del aparato respiratorio

Las cifras de morbilidad hospitalaria por enfermedades del aparato respiratorio indican que en 2011, fueron la segunda causa de ingreso hospitalario de la población extremeña, originando 13.919 altas hospitalarias, el 12,1% del total. Por sexos son la segunda causa de hospitalización en varones (8.407 altas, el 15,7% del total), y la quinta en mujeres (5.512 altas, el 9% del total). Se observa una línea de tendencia ascendente, tanto para hombres como para mujeres, sobre todo a partir del año 2007. Figura 4.4.

Figura 4.4	Evolución del número de enfermos (varones y mujeres) residentes en Extremadura dados de alta hospitalaria con diagnóstico principal "enfermedades del aparato respiratorio" 2002-2011



Fuente: INE. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

4.3.3.- Análisis del CMBD de Extremadura

El análisis de las variables del CMBD durante el año 2011 nos indica:

- Por edad, es la población mayor de 75 años la que ocasiona más episodios de hospitalización (28%), añadiendo la población mayor de 64 años el 42%, y poniendo de manifiesto un aumento en la edad media de hospitalización respecto a 2008. Las mujeres generan un total de episodios mayor que los hombres (54 / 46 %), pero los varones generan más episodios en todos los tramos de edad salvo en los de 15 a 44 años y 75 o más años.
- El número de altas en el tramo de 0 a 1 año es la mitad que en el tramo de entre 2 y 14 años, es decir, ingresa más población infantil con edad superior a un año, que la de menor de 1 año de edad. En el año 2008 el número de altas era similar en ambos grupos de edad.
- La estancia media por grupos de edad es más alta es en el grupo de población mayor de 75 años, y en general los varones, a pesar de generar menos episodios, consumen más estancias que las mujeres.
- Por procedencia, el hospital que más altas aporta es el C.H.U. de Badajoz (29,5%) y los que menos el Hospital Campo Arañuelo (3,6%) y Coria (3,4%).
- Por circunstancia de alta la gran mayoría es a domicilio (92%), seguida del alta por exitus (4,4%).
- La mayoría de los GRDs al alta son del área médica (65%), siendo del área quirúrgica (34%). El 71% de los ingresos son urgentes, 57% médicos y 14% quirúrgicos.
- Los motivos de ingreso hospitalario más frecuentes son las neumonías, el fracaso respiratorio, la insuficiencia cardiaca y el parto normal, encontrando respecto a 2008 un aumento en la patología respiratoria.
- Analizando la comorbilidad por los diagnósticos secundarios más frecuentes, aparece la hipertensión arterial en primer lugar, seguido de la diabetes; en tercer lugar las hiperlipidemias y en sexto y octavo lugar el abuso del tabaco y la historia personal de uso de tabaco, confirmando la percepción de los problemas de salud más prevalentes en la población y la mayor presencia del uso de tabaco en los diagnósticos secundarios. Por sexos, la hipertensión arterial es el primero en ambos sexos. Si exceptuamos el parto en las mujeres, la diabetes y las hiperlipidemias son los siguientes. El tabaquismo, que es el cuarto en varones, en la mujer figura en quinceavo lugar. Se mantienen los trastornos depresivos en el séptimo lugar entre las mujeres.

- Entre los procedimientos más frecuentes destacan la radiografía de tórax, y los electrocardiogramas. También destacan entre los diez procedimientos más frecuentes los ecocardiogramas.
- Por sexos, en la mujer aparecen los procedimientos relacionados con los partos, y en el hombre igual que los generales, es decir, las radiografías de tórax y los electrocardiogramas.

La neumonía organismo sin especificar, y el fracaso respiratorio continúan siendo las dos patologías más frecuentes dentro de los diagnósticos principales mas frecuentes en régimen de internado en los hospitales del SES. Tabla 4.10.

Tabla 4.10 **Diagnósticos principales (en régimen de internamiento hospitalario), más frecuentes de los hospitales del SES. Comparativa 2008 y 2011**

Diagnósticos	2008			2011	
	Pos.	Total	% total	Total	% total
Neumonía organismo sin especificar 486	1	1.839	1,77	2.116	1,94
Fracaso respiratorio 518.81	2	1.761	1,69	1.905	1,74
Insuficiencia Cardiaca Congestiva, no especificada 428.0	4	1.473	1,42	1.732	1,59
Otras enf. sistema respiratorio no clasif. bajo otros conceptos 519.8	6	1.274	1,23	1.412	1,29
Bronquitis crónica obstructiva con exacerbación (aguda) 491.21	9	1.101	1,06	1.349	1,24
Embarazo postérmino (40-42 semanas) - parto, con / sin patología 645.11	5	1.436	1,38	1.232	1,13
Otras gastroenteritis y colitis no infec. y no especf. 558.9	8	1.165	1,12	1.083	0,99
Ruptura prematura membranas-parida c/s patol. anteparto/parto 658.11	7	1.187	1,14	1.075	0,98
Oclusión Art. Cerebral No especf. Con infarto cerebral 434.91*	-	-	-	1.058	0,97
Arteriosclerosis coronaria de arteria coronaria nativa 414.01*	-	-	-	969	0,89
Parto con cesárea afectación RN o feto 763.4	10	1.069	1,03	723	0,66
Parto en un caso totalmente normal 650	3	1.492	1,43	542	0,50
		13.797	13	13.931	12,76
Altas Totales		**106.101**		**109.203**	

*Los diagnósticos con códigos 434.91 y 414.01 no aparecían entre los 10 primeros en el año 2008.
Fuente: Servicio Extremeño de Salud. Análisis del CMBD y GRDs de Extremadura.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La hipertensión no especificada y la diabetes *mellitus* sin complicaciones tipo II, continúan siendo las dos patologías más frecuentes, dentro de los diagnósticos secundarios más frecuentes en régimen de internado en los hospitales del SES. Tabla 4.11.

Tabla 4.11 **Diagnósticos secundarios(en régimen de internamiento hospitalario), más frecuentes de los hospitales del SES. Comparativa 2008 y 2011**

Descripción	2008			2011	
	Pos.	total	% total	Total	% total
Hipertensión no especificada 401.09	1	22.275	4,66	26.466	5,68
Diabetes *M.* sin compl.tipo II o no espec.no des. 250.00	2	11.756	2,46	13.919	2,99
Otras hiperlipidemias y lipidemias no esp. 272.4	5	7.707	1,61	13.597	2,92
Fibrilación auricular 427.31	4	8.594	1,80	9.459	2,03
Resultado alumbramiento y nacido vivo único V27.0	3	9.871	2,06	9.195	1,97
Abuso de tabaco 305.1	6	7.431	1,55	8.596	1,84
Utilización de anticoagulantes durante largo tiempo V58.61	10	4.045	0,85	5.855	1,02
Historia personal de uso de tabaco V15.82	-	-	-	5.120	0,89
Uso prolongado de anticoagulantes orales V58.66	-	-	-	4.992	0,87
Obesidad Inespecificada 278.00	-	-	-	4.946	0,86
Otras enf. sistema respirat. no clasif. bajo ot 519.8	7	4.436	0,93	3.823	0,66
Otras obstrucciones crónicas vías respiratorias ncoc 496	8	4.251	0,89	4.211	0,73
Insuficiencia cardiaca congestiva, no esp.428.0	9	4.249	0,89	3.555	0,62
		84.615	17,7	102.142	17,76
Diagnósticos secundarios totales		**478.051**		**574.988**	

*Los diagnósticos con códigos V15.82, V58.66 y 278.00 no aparecían entre los 10 primeros en el año 2008.
Fuente: Servicio Extremeño de Salud. Análisis del CMBD y GRDs de Extremadura.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

El análisis de la casuística durante el año 2011 nos indica que las Categorías Diagnósticas Mayores (CDM) o agrupación por sistemas de las patologías atendidas más frecuentes son las correspondientes a la CDM 14 (embarazo, parto y puerperio), seguido de la CDM 4 (enfermedades y trastornos del aparato respiratorio), y en tercer lugar por la CDM 5 (enfermedades del aparato circulatorio). La menos frecuente es la CDM 22 (quemaduras).

La estancia media más elevada se refiere a la CDM 25 (trauma múltiple), con cifras de 15 días, cuatro días menor que en 2008. Le sigue la CDM 22 (quemaduras), con 11 días.

Por Servicio el de mayor numero de altas es Medicina Interna, seguido de Obstetricia y los servicios quirúrgicos con más altas son Cirugía General, en segundo lugar Oftalmología y en tercer lugar los de Traumatología.

Respecto al número total de días de estancia, la CDM 4 (enfermedades del aparato respiratorio) presenta las cifras más elevadas, con 94.418 estancias sobre las 108.321 días/año en 2008. Le siguen de cerca la CDM 5 (enfermedades del aparato circulatorio, con 74.482 respecto a 2008 con 91.392 días/) y la CDM 6 (enfermedades del aparato digestivo, con 67.235 sobre 2008 con 86.373 días/año). Tabla 4.12.

Tabla 4.12 **Análisis de las CDM (inliers). Número de pacientes, estancia media, y días totales de estancia, de los hospitales del SES, en régimen de internamiento hospitalario. Comparativa 2008 y 2011**

CDM/Descripción	Nº de pacientes		Estancia media		Días totales	
	2008	2011	2008	2011	2008	2011
0 Categoría no válida	36	218	9,33	3,61	336	788
1 E. sistema nervioso	6.373	6.367	8,26	6,78	52.651	43.146
2 E. del ojo	2.085	2.257	3,09	2,13	6.444	4.800
3. E. oído,nariz,boca,garg.	4.977	4.671	3,60	2,49	17.923	11.644
4 E. ap. respiratorio	12.073	12.658	8,97	7,46	108.321	94.418
5 E. ap. circulatorio	11.924	12.156	7,66	6,13	91.392	74.482
6 E. ap. digestivo	12.564	11.966	6,87	5,62	86.373	67.235
7 E. hígado y pancreas	4.387	4.942	8,72	6,97	38.259	34.466
8 E. musculoesqueletico	9.190	9.387	7,11	5,80	65.336	54.449
9 E. piel y mama	3.066	2.924	5,39	4,34	16.531	12.682
10 E. endocrinas	1.567	1.671	6,95	5,38	10.898	8.987
11 E. riñón y vías urinarias	4.007	4.397	8,07	6,32	32.337	27.801
12 E. ap. reprod. masculino	1.784	1.822	5,00	3,53	8.915	6.435
13 E. ap. reprod. femenino	3.622	3.855	4,73	3,69	17.129	14.213
14 Embarazo, parto, puerp.	14.967	13.139	3,37	2,88	50.511	37.857
15 RN y neonatos	3.580	2.620	5,51	5,25	19.742	13.768
16 E. sangre y sist. inmunit.	1.114	1.432	6,70	5,10	7.468	7.304
17 E. mieloproliferativos	1.380	1.121	8,88	7,90	12.251	8.852
18 E. infecciosas	1.458	1.590	8,98	7,65	13.087	12.167
19 E. mentales	1.316	2.027	9,71	9,35	12.776	18.955
20 Uso drogas/alcohol	277	314	7,27	6,69	2.014	2.100
21 Lesiones y envenenam.	1.028	1.208	7,27	5,18	7.475	6.261
22 Quemaduras	124	99	11,61	11,72	1.440	1.160
23 Otras causas	802	1.132	4,81	2,82	3.860	3.191
24 Infecciones VIH	181	136	9,38	10,46	1.697	1.422
25 Trauma múltiple	109	108	19,10	14,89	2.082	1.608
TOTAL	**103.991**	**104.217**	**6,61**	**5,47**	**687.248**	**570.191**

La selección de casos está basada en un determinado número total de registros (103.991 para el 2008 y 104.217 para el 2011).
Fuente: Servicio Extremeño de Salud. Análisis del CMBD y GRDs de Extremadura.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Los indicadores de los hospitales del SES para el año 2011, nos indican que:

-la mortalidad registrada, a nivel global ha presentado un incremento, pasando de un 3,93 % en el 2008 a un 4,39% en el 2011

-los reingresos se encuentran en un 5%, siendo los trastornos respiratorios exc. infecciones, bronquitis, asma con CC mayor (GRD 541) y la insuficiencia cardiaca (GRD 127) los que más contribuye en ambos casos, así como los de mayor impacto en estancias consumidas;

-la estancia médica prequirúrgica global y la prequirúrgica programada mejora con respecto al año anterior; los partos con anestesia epidural presentan un ligero incremento del 10% respecto al año anterior; y el número de cesáreas se mantienen. Tabla 4.13.

Tabla 4.13 **Evolución de los indicadores de los hospitales del SES. 2007-2011**

		2007	2008	2009*	2010	2011
Índice estancia media ajustada		0,9958	0,9981	1,00	0,97	0,95
Índice case mix o peso medio		1,4319	1,46	1,48	1,49	1,51
Número de días de estancia media	Bruta	6,61	6.72	6,36	6,36	6,22
	Depurada	5,77	5,74	5,63	5,63	5,47
	Prequirúrgica total	1,83	1,92	1,77	1,77	1,61
	Prequirúrgica programada	1,07	1,07	1,02	1,02	0,85
	Postquirúrgica total	5,09	4,75	4,56	4,56	4,53
	Postquirúrgica programada	4,19	3,87	3,76	3,76	3,57
Mortalidad		3,79%	3,93%	5,10%	4,40%	4,39%
Reingresos		2,02%	2,10%	4,91%	4,78%	5%
Número de partos vaginales		6.951	7.261	4.073	6.942	6.833
Partos con anestesia epidural / vaginal		47,3%	52,0%	71,69%	65,2%	62%
Partos con cesárea / Partos		28,8%	28,6%	34,85%	28,05%	28,05%
Porcentaje de altas con diagnóstico principal de cáncer sobre altas totales			7,21%	11,59%	11,92%	11,98%

* en el CMBD no aparecen recogidos los hospitales de las áreas de salud de Plasencia, Mérida y Coria.
Fuente: Servicio Extremeño de Salud. Análisis del CMBD de Extremadura.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

El análisis del CMBD **ambulatorio** indica que, en 2011 el número de procesos codificados fue de 40.279 (sobre los 36.397 del año 2008), debido fundamentalmente a expensas de la Cirugía Ambulatoria (CMA). Al clasificar la actividad ambulatoria por Categorías Diagnósticas Mayores, la 9 “enfermedades y trastornos de la piel, tejido subcutáneo y mama”, la 2 “enfermedades y trastornos del ojo” y la 3 “enfermedades y trastornos de oído, nariz, boca y garganta”, son los más frecuentes, igual que ocurre en los años anteriores.

Por Servicios, el de mayor numero de altas para CMA es la Cirugía General, seguido en segundo lugar Oftalmología, y en tercer lugar Dermatología. Por hospitales, el que más casos aporta es Badajoz (tres veces más que el segundo). Sin embargo, es Cáceres la que tiene mayor peso medio.

El diagnóstico más frecuente es la catarata no especificada, seguida de la alteración en la erupción de los dientes, y los quistes sebáceos. Por sexos, son los mismos, si bien en los hombres los quistes sebáceos están en segundo lugar. Tabla 4.14.

Tabla 4.14 **Diagnósticos más frecuentes de casos atendidos de manera ambulatoria en los hospitales del SES. Comparativa años 2008 y 2011**

Descripción	2008			2011	
	Pos	total	% total	Total	% total
Catarata no especificada 366.9	2	3.126	8,45	4.346	10,79
Alteración de la erupción de dientes 520.6	1	3.533	9,55	2.766	6,87
Quiste sebáceo 706.2	4	2.257	6,10	2.128	5,28
Catarata senil no especificada 366.10	3	2.934	7,93	2.123	5,27
Degeneración macular senil no especificada 362.50	-		-	1.041	2,58
N. benigna de piel sitio no especificado 216.9	5	1.093	2,95	934	2,32
Hernia inguinal sin obstr. o gangrena unilat. 550.90	6	965	2,61	857	2,13
Verrugas virales inespecíficas 078.10	8	754	2,04	826	2,05
Atención contraceptiva-esterilización V25.2	7	781	2,11	800	1,99
Degeneración Senil Exudativa 362.52	-		-	782	1,94
O. neo. maligna piel, otra parte no espc. 173.3	9	701	1,89	648	1,61
Prepucio redundante y fimosis 605	10	668	1,81	647	1,61

Los diagnósticos con los códigos 362.50 y 362.52 no aparecían entre los diez primeros en el año 2008.
Fuente: Servicio Extremeño de Salud. Análisis del CMBD y GRDs de Extremadura.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

El análisis de las CDM de casos atendidos de manera ambulatoria en los hospitales del SES durante 2011, indica que las causas más frecuentes son: la 9 (enfermedades y trastornos de la piel, tejido subcutáneo y mama); la 2 (enfermedades y trastornos del ojo); y la 3 (enfermedades y trastornos del oído, nariz, boca y garganta). Tabla 4.15.

Tabla 4.15 **Análisis de las CDM (inliers) relativas al número de pacientes de casos atendidos de manera ambulatoria en los hospitales del SES. Comparativa 2008 y 2011**

CDM/Descripción	2008			2011	
	Pos	Nº pac.	%	Nº pac.	%
9. Enfermedades y Trastornos de piel, tejido subct. y mama	1	9.805	26,94	18.295	29,16
2. Enfermedades y Trastornos del ojo	2	8.973	24,65	18.051	28,77
3. Enfermedades y Trastornos de oído, nariz y garganta	3	5.453	14,98	5.794	9,24
8. Enfermd. y Trast.sist. músculo-esquelético y tejido conectivo	4	2.616	7,19	4.324	6,89
6. Enfermedades y Trastornos del aparato digestivo	5	2.124	5,84	3.301	5,26
13. Enfermedades y Trastornos del sistema reprod. femenino	6	1.954	5,37	3.244	5,17
12. Enfermedades y Trastornos del sistema reproductor	7	1.703	4,68	2.843	4,53
99. Error de agrupador	13	135	0,37	1.487	2,37
11. Enfermedades y Trastornos del tracto urinario	8	1.409	3,87	1.226	1,95
1. Enfermedades y Trastornos del sistema nervioso	9	867	2,38	1.180	1,88
5. Enfermedades y Trastornos del sistema circulatorio	12	349	0,96	689	1,10
23. Visita médica ambulatoria	11	349	1,05	585	0,93
7. Enfermedades y Trastornos del sist. hepatobiliar y páncreas	10	135	1,05	578	0,92
21. Envenenamientos y efectos tóxicos de los fármacos	-			335	0,53
17.Trastornos mieloproliferativos y neoplasias mal diferenciadas	19	9	0,02	325	0,52
16. Enf. y Trastornos sangre, órg. hematopy. y sist. inmunolog	15	72	0,20	194	0,31
18. Enfermedades Infecciosas	-			88	0,14
14. Embarazo	20	2	0,01	88	0,14
4. Enfermedades y Trastornos del sistema respiratorio	14	74	0,20	66	0,11
10. Enf. y Trastornos sist. endocrino, nutrición y metabolismo.	5	5	0,01	24	0,04
22. Factores influyen estado de salud y contactos sistema sanit	16	44	0,12	13	0,02
15. Recién nacidos y otros neonatos.	17	35	0,10	3	0,00
19. Enfermedades y Trastornos Mentales	19	3	0,01	-	
TOTAL		**36.391**	***100,00***	**62.733**	***100,00***

Fuente: Servicio Extremeño de Salud. Análisis del CMBD y GRDs de Extremadura.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

El índice de case-mix (peso medio) global es de 1,5074 habiéndose incrementado respecto al año 2008.

Los IR-GRDs más frecuentes en general son el 270 (092420) “Otras operaciones de la piel y tejido subcutáneo”; el 039 (022360) “Procedimientos sobre cataratas”; y el 373 “Parto vaginal sin complicaciones”.

4.4.- PATOLOGÍA DE SALUD MENTAL

El análisis del GBD (*Global Burden of Disease, 2004*) de la OMS en Europa, indica que, la prevalencia estimada en millones para las siguientes categorías diagnósticas psiquiátricas es: depresión unipolar (22.2), trastorno afectivo bipolar (4.4), esquizofrenia (4.4) y abuso de alcohol (26.9).

El Eurobarómetro de 2010 indica que, un 17% de la población entrevistada en el último año ha solicitado ayuda a un profesional en relación con algún problema psicológico o emocional (el 2% acudieron al psiquiatra, y el 4% al psicólogo). Sólo un 8% ha recibido tratamiento psicofarmacológico con antidepresivos durante los últimos 12 meses.

El estudio ESEMED–España (2000) es el primer proyecto que ha evaluado la epidemiología de los trastornos mentales en una muestra de población general. Los resultados muestran un 19.5% de prevalencia–vida (15.7% en hombres y 22.9% en mujeres) y un 8.5% de prevalencia–año (5.2% en hombres y en 11.4% en mujeres) para cualquier trastorno mental. Los más frecuentes son el episodio depresivo mayor, la fobia específica, la distimia y el abuso de alcohol.

La prevalencia de mala salud mental en España obtenida del análisis de la Encuesta Nacional de Salud del año 2006, es de un 21.5% entre las personas entrevistadas, siendo más elevada entre las mujeres. Puede relacionarse con diferentes factores como son la edad, el nivel socioeconómico, las tasas de desempleo e inmigración y el estado civil.

Se ha observado que, situaciones de baja laboral o desempleo presentan una mayor prevalencia de mala salud mental; incluso se ha sugerido que en una situación de depresión económica prolongada, es probable observar tasas más altas de alcoholismo y drogadicción, depresión, suicidio y otros problemas de salud mental.

Según la Estrategia Nacional de Salud Mental (2009–2012), la tasa de mortalidad por suicidio ajustada por edad se sitúa en 6.23 muertes por cada 100.000 habitantes en el año 2006, siendo superior en el hombre. Sin embargo, las tentativas suicidas son más frecuentes en mujeres, estimándose una prevalencia de 1.5%.

Definimos comorbilidad, como la presencia de cualquier entidad clínica diferente adicional que ha existido o puede ocurrir durante el curso de una enfermedad índice. Los trastornos mentales presentan una comorbilidad del 28.6%. Los trastornos con porcentajes más elevados son los siguientes: dependencia de alcohol (100%), trastorno de ansiedad generalizada (81.5%), distimia (73%), trastorno por angustia (70.6%), agorafobia (59.7%), trastorno por estrés postraumático (59.5%), episodio depresivo mayor (56.4%) y fobia social (52.7%). En cuanto a la comorbilidad somática encontramos tasas muy variables, que van desde el 22% al 92%. Recientemente se ha puesto de manifiesto que la población con trastornos mentales tiene un aumento de la mortalidad y un acortamiento en la esperanza de vida con respecto a la población general, fundamentalmente relacionado con patología cardiovascular.

Con respecto a intervenciones específicas, como psicoterapia, psicoeducación y rehabilitación, no existen encuestas publicadas en nuestro país sobre la frecuencia de la práctica de dichas técnicas, pero aún así se ha considerado la necesidad de generalizar e intensificar su práctica.

En población infantil la salud mental se valoró con el Cuestionario de Capacidades y Dificultades. Este instrumento detecta casos probables de trastornos mentales y del comportamiento en la población de 4 a 15 años. El 12% de la población infantil presentó unos índices de riesgo de mala salud mental.

El Plan de Salud Mental de Extremadura 2007-2012, nos indica que persiste la estigmatización y la discriminación de las personas que padecen una enfermedad mental, en especial en los casos graves. Por ello, el Plan supone una apuesta decidida por la promoción, la prevención y la mejora de la imagen de las personas afectadas, aspectos tradicionalmente relegados.

Aproximadamente, un 14% de la carga global de las enfermedades, a nivel mundial, puede ser atribuido a trastornos neuropsiquiátricos, la mayoría en relación a su naturaleza crónica, representando un tercio de los años de vida perdidos en población adulta. La tasa de discapacidad atribuible específicamente a los trastornos mentales y del comportamiento es de 6.4%.

4.4.1.- Morbilidad atendida en el SSPE

Según un estudio, que analiza la prevalencia atendida de esquizofrenia en todas las unidades de hospitalización breve de Extremadura, desde el 1 de Enero de 1990 al 31 de Diciembre de 2000, se estima en 1.160 la población actual extremeña que padece esquizofrenia, siendo más frecuente en varones, con un promedio de edad de 39.1 años y con un diagnóstico mayoritario de esquizofrenia paranoide (51,7%).

En los Equipos de Salud Mental (ESM) de Extremadura, se han realizado más de 147.000 consultas en 2011 (130.889 en Equipos de Salud Mental de adultos, 9.957 en equipos infanto-juveniles y 6.273 en la Unidad de Trastornos de la Alimentación), en el 85% de los casos derivados desde atención primaria. La relación de consultas nuevas sobre sucesivas ha sido de 0,20.

Los diagnósticos de las primeras consultas realizadas en los ESM eran: de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40-49) en el 30,5% de los casos; de trastornos afectivos (F30-39) en el 29,7%; y de esquizofrenias (F20-20) en el 9,1%. El resto han sido: trastornos de la personalidad (6,6%); trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en infancia y adolescencia (5,6%); trastornos de la conducta alimentaria (5,3%); y otros trastornos.

En 2011 se realizaron 2.255 ingresos en las cinco Unidades de Hospitalización Breve de Extremadura, de las cuales un 27% eran reingresos. El número total de altas fue de 2.246. La ocupación media de dichas Unidades fue de 70,27, la estancia media de 10,6 días, y la tasa media de ingresos de 2,83 por mil habitantes.

En los dispositivos de rehabilitación y de reinserción social se atendieron a 1.078 personas durante 2011: 513 en Centros de Rehabilitación Psicosocial (47,58%), 100 en el Centro Residencial de Rehabilitación (9,27%), 28 en pisos supervisados (2,59%), 174 en Programas de Rehabilitación Laboral (16,14%) y 247 en Centros de Ocio (22,91%).

En 2012, en los Centros de Atención a la Discapacidad en Extremadura (CADEX) se han realizado 44.712 reconocimientos de minusvalías mayores o iguales del 33% por causas relacionadas con la salud mental. En un 13% de ellos el motivo del reconocimiento era retraso mental, un 13% trastornos cognitivos, un 31% trastornos del estado del ánimo, un 7% trastornos psicóticos, un 6% trastornos de personalidad y un 15% restante con otros trastornos mentales no especificados.

4.4.2.- Psicofarmacoepidemiología

Los datos de la subdirección de Farmacia del SES, sobre el consumo de psicofármacos, indican que:

- en Extremadura, el consumo (nº de envases subgrupo terapéutico/nº total de envases psicofármacos) de ansiolíticos está representado por un 40-45% en las diferentes Áreas de Salud, con excepción del Área de Navalmoral de la Mata donde aparecen con un porcentaje menor, de un 32%.

- el consumo de antipsicóticos presenta un patrón muy similar en toda la Comunidad, con un porcentaje del 9 al 11%. Al contrario de lo que sucede con los ansiolíticos, el Área de Salud de Navalmoral de la Mata presenta un mayor porcentaje con respecto a los antipsicóticos, cuya cifra es del 32%.
- los antidepresivos tienen un consumo con un porcentaje global del 33%.
- los antiepilépticos aparecen con un porcentaje global del 5%, destacando fundamentalmente la gabapentina y el ácido valproico.
- los psicofármacos pautados en relación con trastornos adictivos presentan un porcentaje de consumo poco significativo con respecto al resto de psicofármacos, siendo únicamente del 0,1 – 0,3% según las distintas Áreas de Salud.
- el importe facturado en relación con los psicofármacos va dirigido fundamentalmente a los antipsicóticos y los antidepresivos.

4.4.3.- Morbilidad percibida en salud mental.

Las encuestas de salud de Extremadura de 2001 y 2005 muestran los siguientes datos:

- El 5% de la población adulta encuestada en 2001 refería que, durante los últimos 12 meses había tenido que limitar su actividad durante más de 10 días por problemas psíquicos. Este porcentaje se elevaba al 7% en la encuesta de 2005.
- En 2001 el 12,7% refiere haber utilizado durante las últimas dos semanas tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir y el 8,2% antidepresivos o estimulantes, mientras que en 2005 los porcentajes son del 14,3% y 7,4% respectivamente.
- El 0,9% de la población encuestada en 2001 visitó al psiquiatra en las últimas dos semanas, mientras que en 2005 fue el 0,4%.
- El 8,26% de población encuestada en 2001 refirió que su médico/a le había dicho que tiene depresión (en comparación con el 5,2% registrado en la Encuesta Nacional de Salud de 2006), porcentaje que en 2005 bajó al 7,3%, registrando el mayor porcentaje de España después de Galicia y Asturias.

4.5.- ACCIDENTES

4.5.1.- Accidentes de tráfico

Red de Carreteras Autonómica de Extremadura

En el año 2012 se produjeron en la Red de Carreteras Autonómica de Extremadura, 367 accidentes de tráfico con víctimas, en los que fallecieron 20 personas y 533 resultaron heridas. Estos datos suponen las cifras más bajas del período 2007-2012, donde se ha venido produciendo un descenso progresivo en las cifras de accidentes y de muertes. Tabla 4.16.

Tabla 4.16 **Evolución del número de accidentes de tráfico con víctimas, accidentes mortales y víctimas mortales (a 24 horas), en la Red de Carreteras Autonómica de Extremadura. 2007-2012**

Accidentes y víctimas	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Número de accidentes con víctimas	579	496	434	442	387	367
Número de accidentes mortales	42	27	38	21	20	19
Número de víctimas mortales	45	33	42	27	20	20

Fuente: Consejería de Fomento, Vivienda, Ordenación del Territorio y Turismo. Servicio de Infraestructuras viarias.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Vías urbanas e interurbanas

En el año 2011 se produjeron en Extremadura un total de 1.365 accidentes de tráfico con víctimas, en los que fallecieron 76 personas y 2.012 resultaron heridas. El descenso progresivo en el número de víctimas y de accidentes de tráfico que se viene produciendo en los últimos años, puede explicarse como resultado de la implantación del carnet por puntos en julio de 2006 por el Gobierno Central, y las diferentes medidas preventivas adoptadas: campañas de divulgación del control de los principales factores que intervienen en los accidentes de tráfico (alcohol, velocidad o distancia de seguridad).Tabla 4.17.

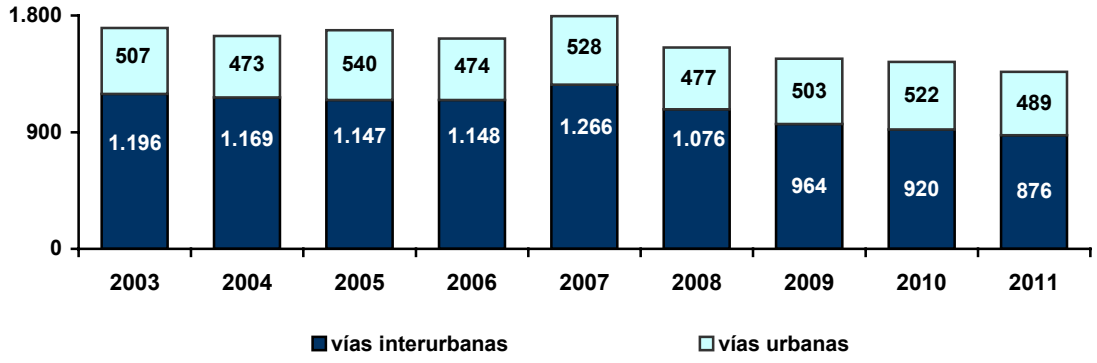
Tabla 4.17 **Evolución del número de accidentes de tráfico con víctimas. Extremadura. 2003-2011**

Accidentes y víctimas	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011[1]
Accidentes con víctimas[2]	1.703	1.642	1.687	1.622	1.794	1.553	1.467	1.422	1.365
Víctimas	2.904	2.680	2.710	2.495	2.805	2.369	2.174	2.186	2.088
Personas muertas[3]	157	176	118	126	127	107	95	85	76
Personas heridas	2.747	2.504	2.592	2.369	2.678	2.262	2.079	2.101	2.012

[1]Nuevo cómputo muertos a 30 días: unión registros accidentes DGT, con registro defunciones INE+factor corrección.
[2]Una o varias personas que resultan muertas o heridas y está implicado al menos un vehículo en movimiento.
[3]Dentro de los 30 días siguientes al accidente.
Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

En vías interurbanas, el total del número de accidentes de circulación con víctimas en 2011 fue de 876, un 4,8% menos que el año anterior, y en vías urbanas fue de 489, un 6,3% menos que el año anterior. En la evolución se observa un descenso paulatino en los accidentes en vías interurbanas durante los últimos años, y un mantenimiento en las cifras de accidentes en vías urbanas. Figura 4.5.

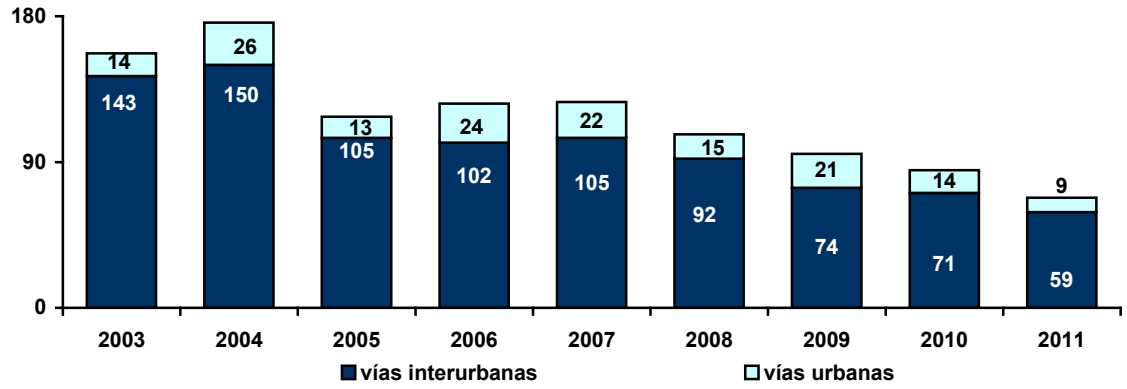
Figura 4.5 **Evolución del número de accidentes de tráfico con víctimas en vías interurbanas y vías urbanas. Extremadura. 2003-2011**



Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La mayor parte de las muertes en accidentes de tráfico en Extremadura se producen en vías interurbanas. En 2011 hubo un total de 59 personas fallecidas en vías interurbanas, un 17% menos que el año anterior, y 9 en vías urbanas, un 36% menos que el año anterior. A destacar, el importante descenso que se viene produciendo de muertes en vías interurbanas desde el año 2005. Figura 4.6.

Figura 4.6 Evolución del número de personas fallecidas en accidentes de tráfico (vías interurbanas y vías urbanas). Extremadura. 2003-2011



Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Las tasas de accidentes de tráfico muestran una evolución descendente tanto en los accidentes por cada 10.000 vehículos, como de personas muertas por 10.000 vehículos durante el período de estudio, para Extremadura y para el total nacional.

El índice de gravedad de los accidentes de circulación con víctimas en Extremadura durante 2011 fue de 55,7 personas fallecidas por cada 1.000 accidentes con víctimas (con un descenso de 3,3 puntos con respecto a 2010), apreciándose una evolución claramente descendente durante el período de estudio.

El índice de letalidad en Extremadura durante 2011 fue de 3,6 personas muertas por cada 100 víctimas, con una disminución de 0,3 puntos con respecto a 2010, con una evolución descendente durante el período de estudio. Tabla 4.18.

Tabla 4.18 Evolución de las tasas de accidentes de tráfico y sus víctimas. En porcentaje. Extremadura y España. 2003-2011

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Accidentes por cada 10.000 vehículos									
España	39,7	35,5	32,9	34,3	33,1	30,1	28,6	27,5	26,6
Extremadura	27,7	27,0	26,4	24,2	25,5	21,3	19,7	19,0	17,8
Personas fallecidas por cada 10.000 vehículos									
España	2,2	1,8	1,6	1,4	1,3	1,0	0,9	0,8	0,7
Extremadura	2,7	2,9	1,9	1,9	1,8	1,5	1,3	1,1	1,0
Personas fallecidas por cada 1.000 accidentes									
España	54,0	50,4	48,7	41,1	38,0	33,3	30,8	29,0	24,8
Extremadura	92,2	107,2	70,0	77,6	70,8	68,9	64,8	59,0	55,7
Personas fallecidas por cada 100 víctimas									
España	3,5	3,3	3,2	2,8	2,6	2,3	2,1	2,0	1,7
Extremadura	5,4	6,6	4,4	5,1	4,5	4,5	4,4	3.9	3,6
Personas heridas por cada 100 accidentes									
España	1506,5	1472,0	1456,5	1437,4	1418,0	1405,6	1416,0	1407,5	1392,6
Extremadura	1713,6	1524,9	1536,5	1460,5	1492,8	1456,5	1417,2	1457,0	1474,0

Fuente: Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

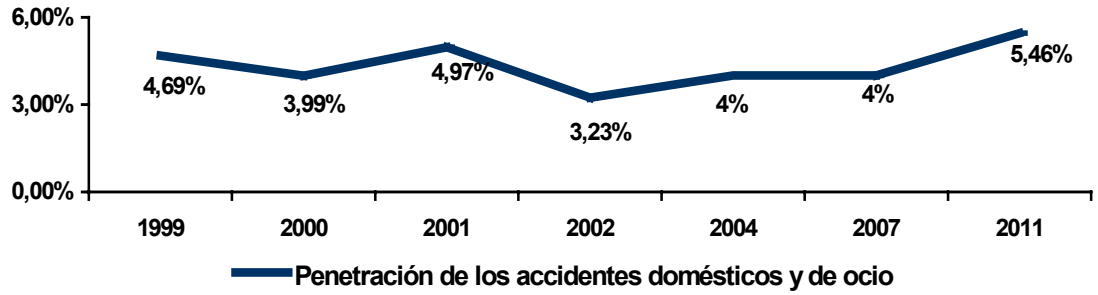
4.5.2.- Accidentes domésticos y de ocio

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

Para la realización del informe DADO del año 2011, se contactó en el total nacional con 74.514 hogares, que se correspondían con 206.588 personas. En la entrevista se consultaba por los accidentes (según definición de la OMS) acaecidos en el hogar, y durante la realización de actividades de ocio y deportiva no profesionales, excluyéndose los accidentes de: tráfico, laborales, peleas entre personas mayores de 10 años, suicidios o intentos de suicidio, atracos o robos, y los derivados de enfermedades (mareos, lipotimias, etc.)

La tasa de penetración detectada de accidentes domésticos y de ocio en 2011, es de 5,46% por cada 100 personas, estimándose un total de 2.576.201 personas accidentadas. Este dato se aproxima a las tasas de penetración detectadas en 2011 cuando el indicador presentaba valores próximos al 5%. Figura 4.7.

Figura 4.7 **Evolución de la penetración de los accidentes domésticos y de ocio, según el informe DADO. España 1999-2011**



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto Nacional del Consumo. DADO 2011.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Entre las principales conclusiones del informe DADO de 2011, se puede observar que:

- 5 de cada 100 personas tuvieron un percance de este tipo, con mayor afectación en mujeres (58,7%), y en el grupo de edad de entre 25 y 44 años (32,4%)
- el interior del hogar (con gran diferencia) es el lugar donde mas se suceden los accidentes (mas del 54,5% de ellos), seguido de transportes (13,2%), lugares donde se practica deporte (9,5%) y otros.
- es durante la realización de la actividad doméstica cuando más se produce la lesión (32,6%), seguido de las actividades realizadas durante el juego y el tiempo libre, y de otras actividades.
- los accidentes más frecuentes son los causados por caídas o al saltar (51,1%), siguiéndoles los golpes y los cortes (16,6%), los aplastamientos y cortes (14,2%), y otras causas
- el tipo de lesión más grave producida ha sido la contusión o magulladura (20,1%), seguido de la herida abierta (19,6%), la fractura (13%) y otras lesiones.

- el factor temporal viene determinado por: la frecuencia mensual (los meses más accidentados son los que coinciden con los períodos vacacionales: agosto, diciembre y abril); el instante del día (la mayoría de accidentes o son por la mañana o son por la tarde, siendo la noche el momento menos propenso); y la franja horaria (con elevada concentración entre las 9:00 y las 12:00, y las 17:00 y las 20:00).

4.5.3.- Accidentes y exposiciones accidentales en el ámbito laboral

Siniestralidad laboral

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

A su vez, los datos de población son los correspondientes al censo de 2001 del INE. Los relativos al número de personas trabajadoras en alta, en el Sistema de la Seguridad Social, proceden de los Anuarios Estadísticos del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

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

- La Dirección General de Trabajo del Gobierno de Extremadura publica los datos referidos al momento y mes en el que se realiza la notificación, aunque hayan tenido lugar otro mes diferente, y por tanto pueda corresponder a otro año natural.
- El Ministerio de Empleo y Seguridad Social, sin embargo, incorpora a las estadísticas de cada año los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales tomando como periodo de referencia el de la fecha de la baja médica, y su distribución territorial según la provincia en que ha ocurrido el accidente, independientemente de la fecha de notificación.

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

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

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

Teniendo en cuenta estos hechos, se ofrece un análisis comparativo del número total de accidentes de trabajo con baja durante los últimos años entre España, Extremadura y sus provincias, así como la evolución en valores absolutos y las variaciones relativas sobre igual período del año anterior. En el mismo, se observa una clara tendencia a la disminución de la siniestralidad laboral a partir del año 2008, y que continúa en los años siguientes, llegando a una disminución relativa de –51,26% en el año 2012 con respecto al año 2007 en Extremadura, y de –54,71% para el total nacional. Tabla 4.19.

Tabla 4.19 **Evolución del número total de accidentes de trabajo con baja, y de sus variaciones relativas (en % sobre el año anterior). España, y Extremadura y sus provincias. 2000-2012*.**

Años	Cáceres		Badajoz		Extremadura		España	
	Valores absolutos	Variación relativa	Valores absolutos	Variación relativa	Valores absolutos	Variación relativa	Valores absolutos	Variación relativa
2000	5.463		10.260		15.723		1.005.289	
2001	5.386	-1,41%	9.852	-3,98%	15.238	-3,08%	1.024.936	+1,95%
2002	6.191	+14,95%	10.565	+7,24%	16.756	+9,96%	1.016.670	-0,81%
2003	5.586	-9,77%	10.248	-3,00%	15.834	-5,50%	954.847	-6,08%
2004	5.450	-2,43%	10.509	+2,55%	15.959	+0,79%	955.744	+0,09%
2005	5.759	+5,67%	10.178	-3,15%	15.937	-0,14%	981.795	+2,73%
2006	5.835	+1,32%	10.551	+3,66%	16.386	+2,82%	1.003.440	+2,20%
2007	5.981	+2,50%	11.630	+10,23%	17.611	+7,48%	1.022.067	+1,86%
2008	5.701	-4,68%	10.621	-8,68%	16.322	-7,32%	895.679	-12,37%
2009	4.763	-16,45%	8.519	-19,79%	13.282	-18,66%	696.577	-22,23%
2010	4.078	-14,38%	7.796	-8,49%	11.874	-10,60%	645.964	-7,27%
2011	3.681	-9,74%	6.770	-13,16%	10.451	-11,98%	581.150	-10,03%
2012*	2.900	-21,21%	5.682	-16,07%	8.582	-17,88%	462.844	-20,50%

*Datos avance (provisional)
Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Estadística de accidentes de trabajo.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Valorando la incidencia de los accidentes de trabajo, por 100.000 personas trabajadoras en alta en el sistema de la Seguridad Social, y comparando la situación de Extremadura con el resto de España, se puede apreciar un pronunciado descenso de los datos de incidencia de la siniestralidad laboral en Extremadura sobre todo desde el año 2009, al igual de lo que sucede en España. Las cifras de incidencia han sido siempre muy inferiores en Extremadura y sus provincias respecto a la media nacional durante el periodo estudiado. Tabla 4.20.

Tabla 4.20 **Evolución del índice de incidencia por 100.000 personas trabajadoras en alta de accidentes con baja en jornada de trabajo. España, y Extremadura y sus provincias. 1998-2012*.**

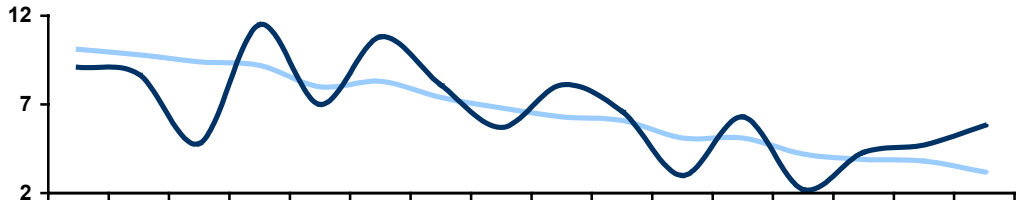
Año	Cáceres	Badajoz	Extremadura	España	Año	Cáceres	Badajoz	Extremadura	España
1998	4.362,4	5.410,4	4.982,9	6.834,3	**2006**	4.532,2	5.072,3	4.867,0	5.880,1
1999	4.602,3	5.985,7	5.425,0	7.437,4	**2007**	4.474,5	5.273,9	4.973,6	5.760,3
2000	4.653,8	5.891,7	5.394,1	7.558,4	**2008**	4.330,9	4.853,4	4.658,8	5.069,1
2001	4.518,9	5.522,4	5.121,0	7.349,9	**2009**	3.725,5	3.921,8	3.849,3	4.130,7
2002	5.012,4	5.833,2	5.505,8	7.057,2	**2010**	3.174,8	3.592,9	3.438,9	3.870,9
2003	4.553,6	5.492,2	5.121,3	6.386,7	**2011**	2.901,9	3.116,8	3.038,0	3.515,2
2004	4.376,7	5.421,4	5.013,5	6.136,4	**2012***	2.322,8	2.678,6	2.552,3	2.795,2
2005	4.555,4	5.097,8	4.888,8	6.011,8					

*Datos avance (provisional)
Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Estadística de accidentes de trabajo.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

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

Si valoramos la incidencia de los accidentes de trabajo mortales por 100.000 personas trabajadoras en alta en el sistema de la Seguridad Social, comparando la situación de Extremadura con el resto de España, se aprecia un importante descenso de las cifras durante el periodo estudiado. Figura 4.8.

Figura 4.8 **Evolución del índice de incidencia de accidentes mortales en jornada de trabajo por cien mil personas que trabajan. España y Extremadura. 1997-2012*.**



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
España	10,1	9,8	9,4	9,2	8	8,3	7,4	6,8	6,3	6,1	5,1	5,1	4,2	3,9	3,8	3,2
Extrem.	9,1	8,7	4,8	11,5	7	10,8	8,1	5,7	8,1	6,6	3	6,3	2,2	4,3	4,7	5,8

*Datos avance (provisional)
Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Estadística de accidentes de trabajo.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

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

Exposiciones accidentales con riesgo biológico de origen laboral

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

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

El año 2005, fue el primer año del que se dispone la evolución de la notificación en el sistema a lo largo de un año completo. El número de exposiciones accidentales notificadas en Extremadura, comparativamente por meses, se describe en la Tabla 4.21.

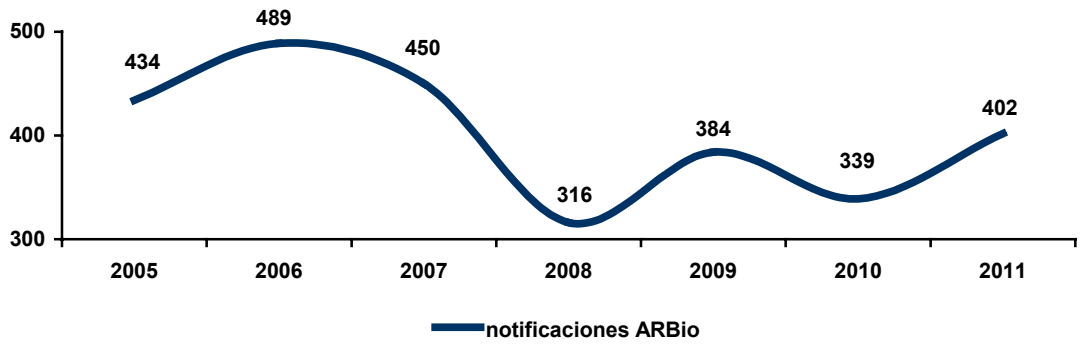
Tabla 4.21 **Evolución mensual del número de notificaciones en ARBio. Extremadura. 2005-2011**

Año	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2005	48	31	47	37	31	37	37	27	37	38	33	31
2006	42	36	49	29	39	32	54	50	29	45	51	33
2007	30	54	47	45	42	36	32	40	38	33	45	40
2008	23	26	24	27	26	28	26	23	28	32	15	38
2009	31	32	36	26	30	29	35	49	35	28	21	22
2010	28	28	29	18	21	23	45	30	31	31	29	26
2011	36	28	33	47	32	29	35	30	35	42	34	21

Fuente: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS. Sistema ARBio.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Se aprecia un aumento del 12% en el número de notificaciones entre 2005 (434) y 2006 (489). En 2007 se ha mantenido este nivel de notificación, con 450 casos, mientras que en 2008 ha sufrido un descenso del –34,4% (316 casos) para aumentar en 2009 con 384 casos, disminuir en 2010, y volver a aumentar en 2011 hasta los 402 casos. Estas notificaciones no tienen un patrón constante en cuanto a los periodos de mayor número de casos. Figura 4.9.

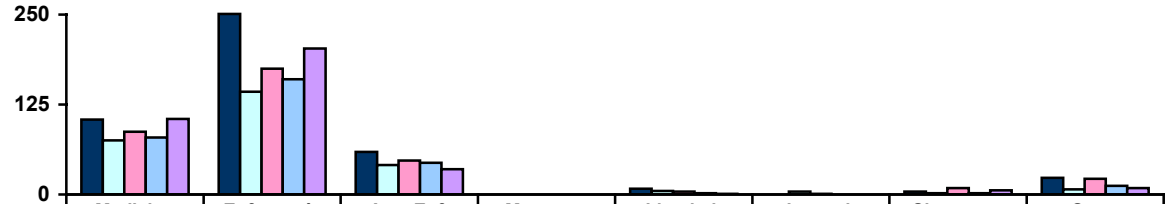
Figura 4.9 **Evolución anual del número de notificaciones en ARBio. Extremadura. 2005-2011**



Fuente: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS. Sistema ARBio.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Entre los años 2005 y 2009 se ha mantenido la tendencia a una mayor siniestralidad en el colectivo de enfermería en relación con otros colectivos expuestos, tanto para el pinchazo con material de origen humano como para la exposición accidental por contaminación cutáneo-mucosa, observándose que la notificación en ARBio por contaminación cutáneo-mucosa con material de origen humano aún es muy inferior a la del pinchazo. Figuras 4.10 y 4.11.

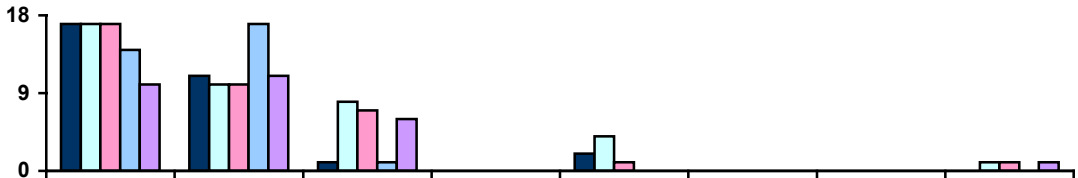
Figura 4.10 Comparativa de las notificaciones en ARBio por pinchazos con material de origen humano según las profesiones de los colectivos afectados. Extremadura. 2007-2011



	Medicina	Enfermería	Aux. Enf.	Matronas	Limpiad.	Lavand.	Sin espec.	Otros
2007	104	251	59	0	8	0	4	23
2008	75	143	41	0	5	4	2	7
2009	87	175	47	0	4	1	9	22
2010	79	160	44	0	2	0	2	12
2011	105	203	35	0	1	0	6	9

Fuente: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS. Sistema ARBio.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Figura 4.11 Comparativa de las notificaciones en ARBio por contaminación cutáneo-mucosa con material de origen humano según las profesiones de los colectivos afectados. Extremadura. 2007-2011

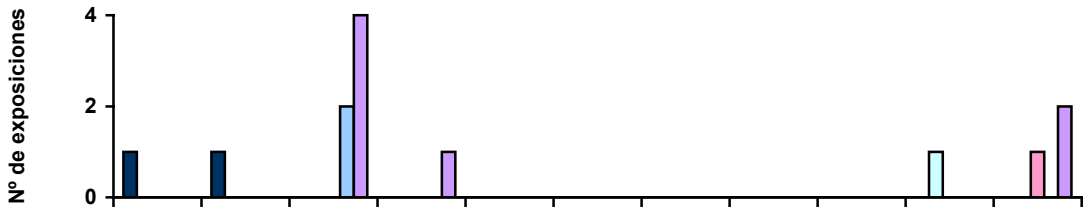


	Enfermería	Medicina	Aux. Enf.	Lavandería	Celadores	Odontol.	G. Civil	Sin Especificar
2007	17	11	1	0	2	0	0	0
2008	17	10	8	0	4	0	0	1
2009	17	10	7	0	1	0	0	1
2010	14	17	1	0	0	0	0	0
2011	10	11	6	0	0	0	0	1

Fuente: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS. Sistema ARBio.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

ARBio presenta una peculiaridad que no se recoge en otros registros o sistemas de notificación: la recogida de datos correspondientes a exposiciones accidentales con fluidos de origen animal. Aunque en la actualidad estas exposiciones no representan una cifra importante, sin embargo su registro está sirviendo para sensibilizar, tanto a los colectivos de personas que trabajan con material de origen animal, como al personal sanitario que los atienden, de la trascendencia que la notificación tiene para poder establecer relaciones causales con zoonosis que pueden sufrir y que, de otra manera, pasarían desapercibidas y serían imposibles de prevenir. La mayoría de las declaradas hasta la fecha son de personas que trabajan en la Administración Autonómica, por la sensibilización de sus Servicios de Prevención. Figura 4.12.

Figura 4.12 **Exposiciones con material de origen animal según la profesión. Extremadura. 2007-2011**



	Tr. Agr.	Ay. Vet.	Veter.	Tr. Av.	Aux. Enf.	T. Limp	Enferm	Ay. Far.	Pr. Univ.	T. Lab	Otros
2007	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
2008	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
2009	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2010	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
2011	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0	2

Tr. Agr. (trabajo agropecuario). Ay. Vet. (ayudante de veterinaria). Veter. (veterinario). Tr. Av. (trabajo avícola). Aux. Enf. (auxiliar de enfermería). Tr. Limp. (trabajo de limpieza). Enferm. (enfermería). Ay. Far. (ayudante de farmacia). Pr. Univ. (profesor universitario) T.Lab (técnico laboratorio).
Fuente: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS. Sistema ARBio.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

4.6.- ENFERMEDADES PROFESIONALES

En diciembre de 2006 se publica el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se implanta el nuevo cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de la Seguridad Social. Posteriormente, la Orden TAS/2007, de 2 de enero, establece el modelo de parte de enfermedad profesional y dicta normas para su elaboración y transmisión por medios electrónicos.

La Secretaría de Estado de la Seguridad Social en Resolución de 19 de septiembre de 2007, marca el procedimiento a seguir en todos los expedientes tramitados por las Mutuas de accidentes de trabajo y Enfermedades profesionales, que se resuelven sin considerar la contingencia causante como enfermedad profesional.

Algunos autores, defienden que existe consenso social sobre las deficiencias existentes en la notificación de enfermedades profesionales y enfermedades relacionadas con el trabajo (ERT), y sobre la necesidad de corregir esta situación de infradeclaración evidente.

Como consecuencia de todo lo anterior se desarrolla a partir de enero de 2007 la aplicación informática CEPROSS (Comunicación de Enfermedades Profesionales en la Seguridad Social). Su principal prioridad va a ser poner a disposición de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, Administraciones Públicas y todas aquellas organizaciones y entidades que pudieran estar interesadas, un conjunto de datos ordenado, coherente e informatizado para un mejor estudio estadístico de las Enfermedades Profesionales.

En el análisis de datos observamos, tanto a nivel nacional como de Extremadura, una tendencia al ascenso en el número de casos de enfermedad profesional declarados durante los cuatro primeros años estudiados, alcanzando un máximo en el año 2005, para luego continuar con un descenso importante, siendo más acusado en el año 2007.

En los cuatro últimos años ha habido variaciones poco significativas, apreciándose una ligera tendencia al aumento en el año 2008 y 2011 pero siempre manteniéndose muy por debajo de las cifras del año 2005. Tabla 4.22.

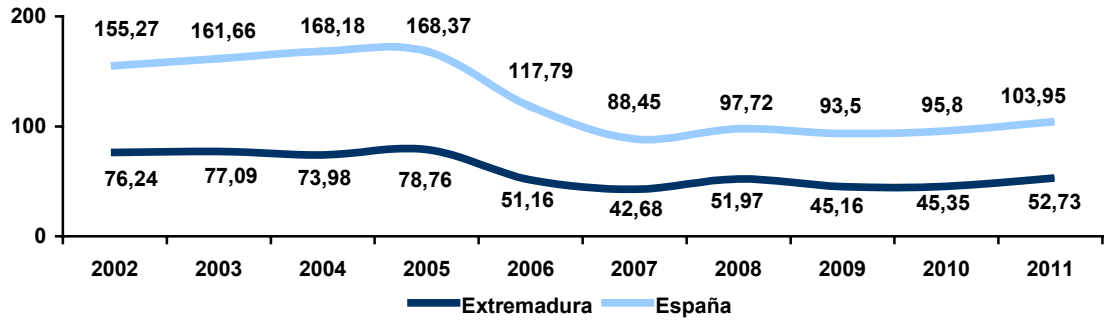
Tabla 4.22 **Comparativa del total de enfermedades profesionales en Extremadura, en relación con España. 2002-2011**

ámbito	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Cáceres	85	117	114	116	94	68	70	63	48	59
Badajoz	180	157	153	175	101	102	138	113	128	144
Extremadura	265	274	267	291	195	170	208	176	176	203
España	25.040	26.857	28.728	30.030	21.905	17.010	18.700	16.850	16.928	18.121

Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Observatorio de las Contingencias Profesionales de la S.Social.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

El estudio de las tasas de Enfermedades Profesionales (calculadas en relación al número medio de afiliados en alta por 100.000), refleja que Extremadura sigue claramente la misma tendencia que España con una disminución importante en el año 2007 para luego incrementar discretamente en 2008 y en 2011. Figura 4.13.

Figura 4.13 **Evolución de la Tasa de Enfermedades profesionales en relación con el número de trabajadores en alta en el Sistema de la Seguridad Social. Extremadura y España. 2002-2011.**



Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Observatorio de las Contingencias Profesionales de la S.Social.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

En junio de 2010, mediante orden TIN 1448/2010, de 2 de junio, se creó el fichero denominado PANOTRATSS, que recoge las patologías no traumáticas causadas por el trabajo que no tienen consideración de enfermedad profesional. Recoge, por tanto, información de las enfermedades no incluidas en la lista de enfermedades profesionales que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo, así como las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador y que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.

La importancia de la información que proporciona este fichero radica en que completa la información que hasta este momento se reducía a las enfermedades profesionales facilitando, además, el estudio y comparación entre los diagnósticos considerados como de origen exclusivo laboral y los mismos diagnósticos considerados como enfermedad común, todo lo cual ayudaría en la diferenciación desde el punto de vista legal en la declaración de contingencia.

Desde el punto de vista de la contingencia profesional, la patología notificada en este sistema podría tener la consideración de Accidente del Trabajo, conforme al artículo 115.2 apartados e) y f) de la Ley General de La Seguridad Social. Tabla 4.23.

Tabla 4.23 **Partes comunicados al sistema PANOTRATSS en Extremadura y España. Año 2011**

Ámbito geográfico	Con baja			Sin baja			Totales		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
Cáceres	56	17	73	24	9	33	80	26	106
Badajoz	35	14	49	45	6	51	80	20	100
Extremadura	91	31	122	69	15	84	160	46	206
España	3.787	2.317	6.104	4.125	1.752	5.877	7.912	4.069	11.981

Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Observatorio de las Contingencias Profesionales de la S.Social.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Aún teniendo en cuenta que los primeros datos que se tienen son del año 2011, puede apreciarse que en Extremadura se comunicó a este sistema tanta patología "contraída por el trabajador con motivo de la realización de su trabajo", como la comunicada al sistema CEPROSS de "enfermedades profesionales". Es decir, sumadas las comunicaciones realizadas a ambos sistemas, CEPROSS y PANOTRATSS, aproximadamente el 50 % de ellas se realizan a este último. A nivel nacional el porcentaje de las comunicaciones realizadas a PANOTRATSS respecto al total de los dos sistemas es algo menor, alrededor del 40% .

Al igual que en el caso de las enfermedades profesionales, la patología más frecuente comunicada a este sistema corresponde a enfermedades del aparato locomotor.

4.7.- MALTRATOS Y VIOLENCIAS

4.7.1.- Maltrato infantil

El maltrato infantil implica una desprotección, que se produce cuando un niño o una niña se encuentra en una situación en la que no se satisfacen sus necesidades más fundamentales y se vulneran sus derechos básicos.

Aunque los distintos estudios realizados difieren en cuanto a cifras, sí es posible efectuar una aproximación a la prevalencia de cada una de las diferentes tipologías de maltrato infantil. El porcentaje mayor corresponde a negligencia, seguido del maltrato emocional, maltrato físico y explotación laboral. No obstante, conviene recordar que con frecuencia la población infantil maltratada suele ser víctima de varios tipos de malos tratos al mismo tiempo.

El maltrato infantil se da por igual en el ámbito rural y en el urbano, y en todas las clases sociales. Aunque en las familias más desfavorecidas existe un mayor número de estresores sociales que pueden afectar directamente a las relaciones padres-hijos, las familias con recursos económicos y sociales también pueden maltratar.

En el año 2007 se puso en marcha el Programa RUMI (Registro Unificado de Maltrato Infantil). Es un registro en el que se notifican situaciones de riesgo y de maltrato infantil desde cuatro sectores: SSB, Educativo, Sanitario y Policial. Desde el teléfono del menor se pueden poner en conocimiento situaciones de maltrato, no siendo considerado como notificación de RUMI, aunque si puede su información ser susceptible de apertura de expediente de protección.

En el año 2009 se puso en marcha el Programa Experimental por el Buen Trato a la Infancia, mediante el cual se ha difundido la Guía Básica de Maltrato Infantil, formando a profesionales en esta materia.

En la evolución del número de casos de maltrato infantil, se observa un descenso durante los últimos años. En el año 2012 fueron atendidas 285 nuevas notificaciones de sospecha de maltrato infantil, procedentes de los ámbitos de Servicios Sociales (261 casos), Educativo (15 casos), Sanitario (8 casos) y Policial (1 caso). De ellos, 63 fueron situaciones de maltrato grave que se derivaron al Servicio de Familias, Infancia y Adolescencia, para el estudio, control y seguimiento de cada caso, y 222 fueron atendidos desde el ámbito comunitario por medio de la actuación coordinada de los Servicios Sociales con el Centro de Salud y el Centro Educativo. Por situaciones de riesgo de maltrato, los datos figuran en la Tabla 4.24.

Tabla 4.24 **Evolución del número de casos de maltrato infantil según el tipo de maltrato. Extremadura. 2009-2012**

Tipo de Maltrato	2009	2010	2011	2012
Maltrato Físico	22	7	1	6
Maltrato Emocional	152	80	89	14
Maltrato por Negligencia	323	356	285	161
Abuso sexual	2	0	0	3
Otras categorías de Maltrato	176	154	216	101

Fuente: Dirección General de Política Social y Familia de la CSyPS. Servicio de Familias, Infancia y Adolescencia.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Durante el año 2012 se recibieron en el Teléfono del Menor de Extremadura un total de 179 llamadas, de las que 65 fueron llamadas comunicando situaciones de posible maltrato infantil. Tabla 4.25.

Tabla 4.25 **Evolución del número de llamadas recibidas en el Teléfono del Menor, y su distribución por tipologías de maltrato. Extremadura. 2011-2012**

Tipologías de maltrato	2011	2012
Total de llamadas	**223**	**179**
Llamadas comunicando situaciones de maltrato infantil		
Maltrato Físico	26	16
Maltrato Emocional o Psicológico	17	11
Maltrato por Negligencia	28	26
Abuso sexual	11	7
Abandono	-	5

Fuente: Dirección General de Política Social y Familia de la CSyPS. Servicio de Familias, Infancia y Adolescencia.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

4.7.2.- Violencia escolar o *bullying*

El Informe sobre Convivencia en Centros Educativos de Extremadura durante el curso 2011-2012, hace un recuento pormenorizado de los incidentes habidos en los mismos, desde la plataforma educativa *Rayuela*, la cuál dispone de un módulo con el que registrar y hacer el seguimiento de las conductas contrarias a la convivencia escolar. Esta recogida de datos sirve para hacer un diagnóstico real de los tipos de conflictos más frecuentes que se dan en los centros, analizar los mismos y promover las actuaciones más eficaces para el fomento de la convivencia.

Los datos se refieren a conductas contrarias y gravemente perjudiciales para la convivencia durante el curso 2011-2012, grabadas en la plataforma *Rayuela* por los centros docentes sostenidos con fondos públicos que imparten 2º Ciclo de Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Secundaria Obligatoria, PCPI, Bachillerato y Formación Profesional.

El número total de centros que respondió a la encuesta es de 435 (de un total de 611) a los que corresponde una matrícula de 120.275 alumnos y alumnas. De este volumen total de alumnado, 7.576 han realizado alguna conducta contraria a la convivencia, esto es, un 6.2 % de la población escolar.

Lugar del incidente

Los lugares donde más conflictos se registra el incidente infractor de las normas de convivencia, es la clase (69,76%), seguida del recreo (12,72%), y durante el intercambio de clase (11,4%). Sin embargo, aunque no aparecía contemplado en la encuesta, los centros puntualizan que uno de los lugares donde se producen más conflictos de convivencia es en el Comedor Escolar.

Por niveles, es significativo el alto nivel de conductas contrarias registradas en ESO con respecto a Primaria y Postobligatorias (5 veces más en ESO que en Primaria y 9 veces más que en Postobligatorias). También son más frecuentes en ESO las gravemente perjudiciales. A este respecto, el mayor índice de conductas gravemente perjudiciales se producen en clase y durante los recreos de ESO. A las causas psicosociales de este mayor índice de conflictividad podría unirse el que el control y seguimiento de la convivencia es mayor en los centros de Primaria que en los de Secundaria.

Tipología de incidentes

Por tipología de incidentes, las conductas contrarias que más se reiteran son: el perturbar el normal desarrollo de las clases (32,8%); la desconsideración hacia el profesorado o hacia miembros de la comunidad educativa (20,9%); y el no realizar las actividades o no seguir las orientaciones del profesorado (19,25%).

Por niveles, es reseñable que la desconsideración sea en ESO casi 10 veces superior que en Primaria y casi 6 veces superior que en Postobligatorias. Aunque es una violencia considerada de “perfil bajo”, afecta a la confianza y respeto que deben presidir la interacción educativa.

Conductas gravemente perjudiciales

En las conductas gravemente perjudiciales se constata que el nivel de conflictividad “grave” es bajo, no superando el 2%. En este caso, las conductas más frecuentes son: la reincidencia (26%); el incumplimiento de las correcciones impuestas (22%); y las vejaciones, injurias y ofensas (13%).

Por niveles, es significativo que las amenazas, coacciones y vejaciones ocupan el 1º lugar en Primaria, y el uso indebido de medios electrónicos en horas lectivas ocupa el 1º lugar en Postobligatorias. Los centros advierten de un crecimiento de la violencia entre chicas, sobre todo en ESO.

Es reseñable que todavía mucho alumnado oculta a sus padres, madres y profesorado, el padecer vejaciones, injurias, ofensas, amenazas y coacciones.

4.7.3.- Violencia de género

La violencia de género designa todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que causa o es susceptible de causar a las mujeres daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, e incluye las amenazas de tales actos y la restricción o privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como privada.

Desde el año 2007 y hasta el año 2012, se han producido un total de 10.610 denuncias por violencia de género en Extremadura (el 1,3% del total de denuncias en España). Durante el año 2012, han sido 1.967 las denuncias por violencia de género en Extremadura, el 1,5% del total de denuncias en España. Tabla 4.26.

Tabla 4.26 **Evolución de las denuncias por violencia de género en Extremadura. 2007-2012**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total de denuncias	1.536	1.632	1.702	1.778	1.995	1.967
% sobre el total de España	1,2%	1,1%	1,3%	1,3%	1,5%	1,5%

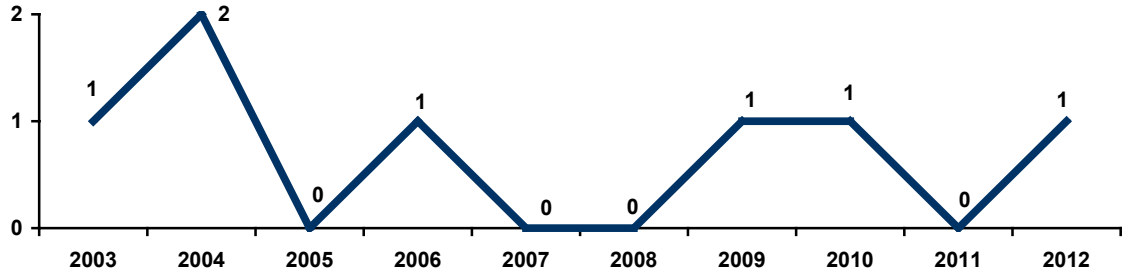
Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Información estadística de violencia de género.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Entre los recursos a la violencia de género se encuentran:

- La atención policial activa: a 31 de diciembre de 2012 se encuentran un total de 1.903 mujeres con atención policial activa en Extremadura (el 1,9% del total de España), y de ellas 422 precisan de protección policial activa.
- Los dispositivos electrónicos de seguimiento en el ámbito de la violencia de género: a 31 de diciembre de 2011 son 13 los dispositivos activos en Extremadura, el 1,7% del total nacional.
- El Servicio de Atención y Asesoramiento legal telefónico: desde el año 2007 y hasta el año 2012 se han atendido un total de 7.679 llamadas de violencia de género al 061, la mayor parte de ellas (el 75,1%) efectuadas por la propia usuaria, y el resto por personas allegadas o familiares (el 22,1%), y por otras personas (el 2,9%).
- El Servicio telefónico de atención y protección para víctimas de violencia de género (ATENPRO), con 168 usuarias en alta a 31 de diciembre de 2012.
- Los derechos laborales y económicos: contratos bonificados a mujeres víctimas de violencia; contratos de sustitución de mujeres víctimas de violencia de género; mujeres víctimas de violencia, perceptoras de la Renta Activa de Inserción (370 en el año 2006, 484 en 2007, 586 en 2008, 664 en 2009, 748 en 2010, 867 en 2011, y 900 en 2012); ayudas para cambio de residencia; y ayudas económicas concedidas en base al artículo 27 de la Ley Integral.
- La concesiones de autorización de residencia temporal y trabajo de mujeres extranjeras víctimas de violencia de género (6 en el año 2012).

El número de víctimas mortales por violencia de género en Extremadura durante el periodo 2003-2012 es de 7, frente a las 658 del total de España. Durante el año 2012 sólo se ha producido una víctima mortal en Extremadura (el 1,9% del total de víctimas en España), frente a las 52 que se produjeron en el total nacional. Figura 4.14.

Figura 4.14 Evolución del número de víctimas mortales por violencia de género en Extremadura. 2003-2012



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Información estadística de violencia de género.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre Mujeres y Hombres y Contra la Violencia de Género en Extremadura, crea la Red Extremeña de Atención a las Víctimas de Violencia de Género, cuya función fundamental es garantizar la prestación de los servicios de atención a las víctimas de la violencia de género, en colaboración con el resto de las administraciones públicas implicadas. Además, tiene entre sus funciones el análisis de las necesidades y de la demanda social y las del resto de las administraciones, garantizar la cobertura y la implantación de los servicios y la ordenación y distribución territorial y equitativa de los recursos disponibles.

La Red Extremeña de Atención a Víctimas de Violencia de Género, garantiza la prestación de servicios integrales en materia de Violencia de Género, según lo dispuesto en la Comisión Permanente para la Prevención de Erradicación de la Violencia de Género y del Protocolo Interdepartamental para la Prevención y Erradicación para la Violencia de Género, y bajo la tutela del IMEX.

La Red está compuesta por los dispositivos públicos de emergencia, atención especializada a la mujer víctima de violencia de género, atención especializada a menores víctimas y los programas complementarios de reeducación de maltratadores, que se desarrollan por parte de las diferentes administraciones que lo soliciten de forma expresa, aceptando los principios establecidos por la Comisión Permanente para la Prevención y Erradicación de la Violencia de Género mencionada con anterioridad.

Desde Extremadura se gestionan una serie de servicios o programas relativos a la violencia de género:

- Espacios de acogida: Casa de la Mujer de Cáceres y Casa de la Mujer de Badajoz, por donde han pasado 64 mujeres en 2011 (35 en Badajoz y 29 en Cáceres), y 45 niños (23 en Badajoz y 22 en Cáceres), y donde se ofrece atención psicológica, jurídica, laboral, social, y otras. Tabla 4.27.

Tabla 4.27 Casa de la Mujer de Cáceres y de Badajoz. Tipo de demanda. 2011

Tipo de demanda	Cáceres	Badajoz	Total
Psicológica	254	613	867
Jurídica	181	708	889
Laboral	16	317	333
Social	199	240	439
Otras	50	225	378

Fuente: Instituto de la Mujer de Extremadura de la CSyPS.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

- Oficina de asistencia y asesoramiento integral: la oficina ha atendido a 2.576 mujeres en el año 2011, con un total de 2.803 atenciones
- Punto de coordinación de las órdenes de protección: en el año 2011 se han atendido 1.099 denuncias por violencia de género, con 838 órdenes de protección dictadas, 769 órdenes de alejamiento, y 1.569 mujeres se encuentran protegidas con orden de alejamiento a 31-12-2011. Durante el año 2011 se ha llevado a cabo el seguimiento de 461 órdenes de protección, de las llegadas al Punto de Coordinación.
- Programa Pilar: es un programa centrado en la atención psicológica de urgencia, realizada desde el Colegio Oficial de Psicólogos de Extremadura, en convenio con el IMEX. Durante el año 2011 se han atendido a 49 mujeres, y se han producido 115 intervenciones.
- Servicio de acompañamiento: en el año 2011 se han realizado 47 desplazamientos.
- Programa de Reeducación de agresores: en el año 2011 han participado 27 agresores
- Convenio IMEX-Colegios Oficiales de Abogados de Cáceres y de Badajoz: durante el año 2011 se han consolidado los recursos en materia de asistencia jurídica a las mujeres víctimas de violencia de género, con la renovación del Convenio. Se ha prestado un total de 929 atenciones jurídicas de urgencia (619 desde el COA de Badajoz, y 310 desde el COA de Cáceres).
- Programa IDRE (Programa Integral de Recuperación de Mujeres víctimas de violencia de género): en el año 2011 han sido atendidas 24 mujeres.
- Programa de Atención a Menores víctimas de violencia de género: en el año 2011 se ha atendido a 100 menores.
- Atención a mujeres víctimas de violencia de género desde los Puntos de Atención Psicológica. La Administración de la CAE, a través del IMEX, y en coordinación con el SES y, en su caso, con otras administraciones implicadas, garantizará la implantación de estos Puntos en las diferentes áreas de salud de la región. Sus funciones fundamentales son: ser la puerta de entrada a la red de atención terapéutica y prestar atención psicológica a las mujeres víctimas de violencia de género de su zona de influencia, mediante programas de atención individualizada, grupal y a través de los grupos de auto-ayuda: Puntos de Atención Psicológica de Cañamero, Fregenal de la Sierra, Jaraíz de la Vera, Plasencia, Olivenza, Hervás, Miajadas, Santiago de Alcántara, Cáceres, Llerena, Cabeza del Buey, Villanueva de la Serena, Mérida, Zafra, Badajoz, Navalmoral de la Mata, Coria y Logrosán. Durante el año 2011 han sido atendidas 936 mujeres y 103 menores.
- Cursos de formación específica dirigidos a profesionales que trabajan en la atención a la violencia de género, donde han participado unos 600 profesionales.
- Oficinas de Igualdad y violencia de género. Esta Red de Oficinas, puestas en marcha tras los Convenios de colaboración IMEX-Mancomunidades Integrales y Ayuntamientos, tienen como objetivo la mejora de la situación social, económica, laboral, política, familiar y cultural de la ciudadanía extremeña, introduciendo el enfoque de género en la política municipal, para contrarrestar los efectos de la socialización diferencial de género, para construir un modelo social igualitario, mediante la participación ciudadana como esencia de la democracia, convirtiéndose en el instrumento donde se materializan las políticas de igualdad recogidas en el Plan para la Igualdad de Oportunidades de las Mujeres en Extremadura, así como para cercar éstas a la ciudadanía, haciéndolas visibles y operativas.

Durante el año 2011 se han formalizado 34 Convenios de Colaboración, con 27 Mancomunidades y 7 Ayuntamientos de los municipios con mayor población, propiciando la contratación de 65 Agentes de Igualdad.

La Red de Oficinas la componen las Oficinas de Igualdad y violencia de género de las Mancomunidades de Campo Arañuelo, Comarca de Trujillo, Riberos del Tajo, Rivera de Fresnedosa, Sierra de Gata, Sierra de Montánchez, Sierra de San Pedro, Tajo-Salor, Trasierra-Tierras de Granadilla, Valle del Ambroz, Valle del Alagón, Valle del Jerte, La Vera, Villuercas-Los Ibores-Jara, Zona Centro, Integral de Aguas y Servicios de la Comarca de Llerena, Guadiana, Lácara-Los Baldíos, Municipios Centro, Olivenza, Río Bodión, Municipios La Serena, Servicios La Serena-Vegas Altas, Municipios Siberia, Sierra Suroeste, Tentudía, Tierra de Barros-Río Matachel, y las Oficinas de Igualdad y violencia de género de Villanueva de la Serena, Don Benito, Almendralejo, Mérida, Badajoz, Plasencia y Cáceres.

El SES ha elaborado, iniciado la implantación, y difundido entre los profesionales sanitarios, el Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia de género en Extremadura, basado en el Protocolo Común del Ministerio de Sanidad, y adaptándolo a la situación específica y características intrínsecas de Extremadura y del SES, dando con ello continuidad a las líneas estratégicas sobre violencia de género definidas en el PSE 2009-2012, y que junto a las actuaciones concretas definidas en la Cartera de Servicios de Atención Primaria, configuran el marco general que da soluciones desde los servicios sanitarios a los problemas del maltrato a la mujer.

Tras la implantación del Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia de género, se ha elaborado y puesto en marcha el Protocolo de vigilancia epidemiológica de la violencia de género en Extremadura, el cuál regula el procedimiento para la notificación, por el personal sanitario asistencial, de los casos de violencia de género que se puedan detectar durante el desarrollo de su actuación profesional en el ámbito sanitario. El desarrollo de este protocolo ha permitido la implantación del sistema de vigilancia epidemiológica, para así poder obtener los indicadores comunes de violencia de género derivados de la atención sanitaria entre casos de violencia de género en el SSPE, así como el Modelo de Formulario (ficha de notificación de caso), para la notificación de casos de violencia de género.

4.7.4.- Maltrato a personas mayores y dependientes

Uno de los principales factores a considerar, dado el notable aumento de la esperanza de vida que caracteriza la evolución demográfica a nivel tanto de España como del resto de países europeos, es el envejecimiento poblacional. Envejecimiento que unido a otros elementos como la progresiva incorporación de la mujer al mundo laboral o los nuevos modelos familiares y la consiguiente modificación en las relaciones en el seno de las mismas, ha favorecido el crecimiento del interés por una etapa vital que no siempre lleva consigo la calidad que sería deseable.

Según el Estudio Maltrato de Personas Mayores en la Familia en España realizado por el Centro Reina Sofía, el porcentaje de personas mayores de 64 años en Extremadura durante el año 2007 es del 18,99%, y un 5,18% son mayores de 80 años (lo que representaba en ese año una cifra de 56.462 personas).

Se calcula que hay 60.000 mayores afectados por el maltrato en el hogar, siendo una cifra preocupante aunque inferior a la esperada, ya que la población anciana no suele reconocer abiertamente el maltrato (por miedo, por vergüenza o por el estigma social que recae sobre la familia maltratadora), o que padecen un síndrome de indefensión, lo que provoca que piensen que cualquier cosa que hagan empeorará la situación.

El estudio revela que el 57,9% de las personas maltratadas tienen más de 74 años, y el grado de prevalencia de la agresión aumenta del 0,65% entre las personas desde los 65 a los 74 años, hasta el 1,1% en el caso de personas ancianas mayores de 75 años. La población anciana dependiente presenta mayores tasas de todos los tipos de maltrato. La diferencia se hace especialmente evidente en el caso del abuso económico, que es más del cuádruple entre las personas ancianas que necesitan ayuda.

4.8.- ENFERMEDADES RARAS

Las Enfermedades Raras (ER), son aquellas patologías que tienen una prevalencia baja (menor de cinco casos por 10.000 habitantes de forma global), peligro de muerte o de invalidez crónica, escasa información de la etiopatogenia de la enfermedad y/o necesidad de al menos un medicamento huérfano para su tratamiento.

Estas características tan peculiares de las enfermedades raras ponen de manifiesto la situación especial de las personas afectadas y la necesidad de servirse de un sistema de información específico. Dicho sistema debe constituir una herramienta de recogida de información, análisis y tratamiento de datos que permita conocer la situación y la evolución de estas enfermedades, y sea de utilidad para todas aquellas personas, profesionales o no, relacionados con la atención de las personas afectadas por estas patologías en Extremadura, redundando en una mejora de la atención de las mismas.

El Sistema de Información sobre Enfermedades Raras de Extremadura se creó por Orden de 14 de Mayo de 2004, quedando sometido a la Ley 14/86, de 25 de Abril, y al artículo 11-1-e de la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura. Debe garantizar la confidencialidad de los datos y asegurar que su uso sea estrictamente sanitario, según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, que aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan Datos de Carácter Personal.

Entre los objetivos del Sistema de Información sobre Enfermedades Raras están el valorar la dimensión de estas enfermedades mediante el conocimiento de su incidencia y prevalencia en Extremadura, así como el desarrollo de estudios epidemiológicos tomando como base la información existente en dicho sistema. El cumplimiento de estos objetivos contribuirá a una mejora de la calidad asistencial, la prevención y la planificación de los recursos materiales y humanos que pudieran contribuir a la mejora de la realidad actual de las enfermedades raras.

La condición para que un caso se registre en este Sistema de Información es la de estar diagnosticado de una enfermedad rara y residir de forma habitual en Extremadura. Se podrán recoger casos “sin diagnóstico” y/o “pendiente de estudio” que fueran susceptibles de considerarse en un futuro como diagnosticados de alguna enfermedad rara. La inclusión o no en el Sistema de información de Enfermedades Raras dependerá de los criterios científicos del momento, y será decidida por la Unidad Central de dicho Sistema. Toda la información del registro de EERR se adapta a los acuerdos tomados en el seno de los distintos grupos de trabajo del proyecto “Red Española de Registros de Enfermedades Raras para la Investigación” Spain-RDR

A fecha de febrero de 2013 figuran registrados en el Sistema de Información sobre ER de Extremadura 2.736 casos. De ellos, el 52,38% son mujeres, y el 46,86% son hombres (un 0,77% se desconoce el sexo).

Por grupos de edad el mayor número de casos se presenta en el tramo de los 20-24 años, seguido de los tramos de 15-19 años y 10-14 años. El menor número de casos se presenta en el tramo de edad de 0-4 años, seguido de los tramos de > 85 años y 80-84 años.

Por grupos de enfermedad (CIE-9), el mayor número de casos se da en el grupo de anomalías congénitas, seguido del grupo de los grupos de enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, y del de enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas, y trastornos de la inmunidad. Por sexos, estos parámetros permanecen iguales.

Las diez enfermedades con mayor tasa de prevalencia, de mayor a menor son: lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Charcot Marie Tooth, síndrome de Ehlers Danlos, nefropatía por IgA, neurofibromatosis tipo I, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Steinert, aciduria beta-amino-isobutírica, miastenia gravis y microcefalia.

5.- ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS CON LA SALUD

5.1.- CONSUMO DE SUSTANCIAS

5.1.1.- Consumo de tabaco

Extremadura mantiene porcentajes altos de consumo de tabaco. Según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2011, la población extremeña entre 15 y 64 años, que declaró haber fumado a diario en el último mes a la entrevista, se situó en un 38,5%, cifra superior a la media nacional que fue de 30,4%. Tabla 5.1.

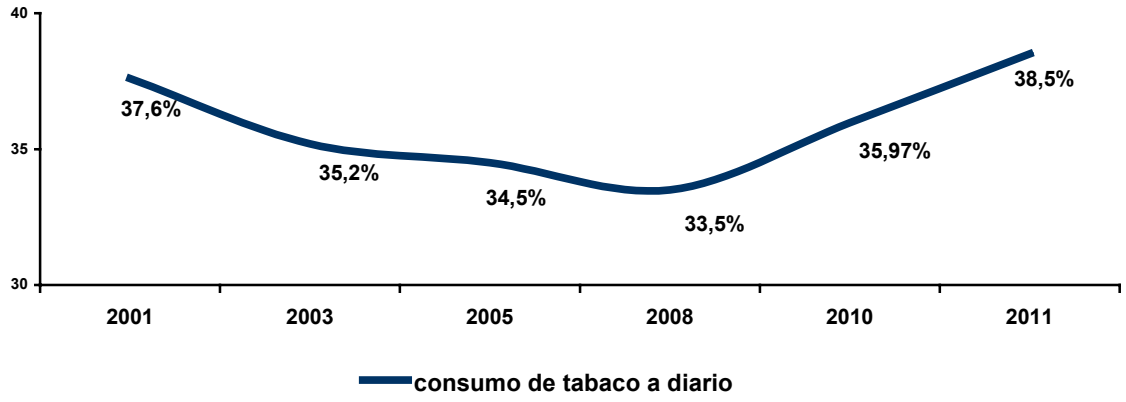
Tabla 5.1 **Prevalencias de consumo de tabaco (porcentajes) en España y Extremadura. EDADES 2011**

	Último año	Último mes	A diario últimos 30 días
España	40,2	37,6	30,4
Extremadura	43,5	41,4	38,5

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Entre 2001 y 2010 se ha producido un descenso leve en el consumo diario de tabaco, pasando del 37,6% al 35,97% respectivamente, pero con un repunte en el año 2011 que es la cifra más alta de los últimos 10 años. Figura 5.1.

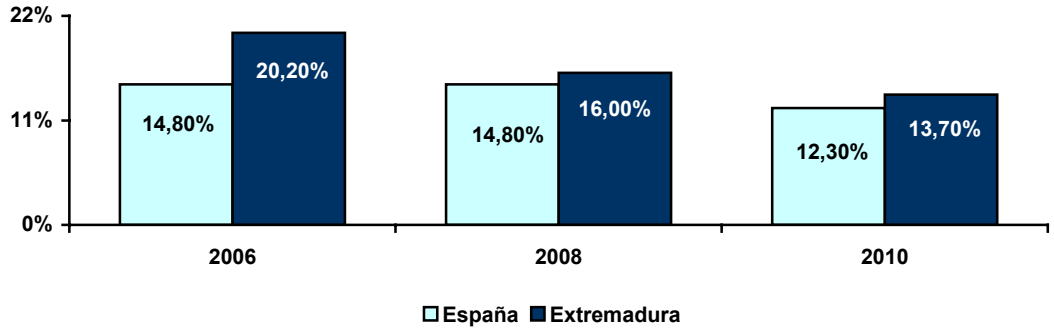
Figura 5.1 **Evolución de la prevalencia del consumo de tabaco "a diario" en la población adulta. Extremadura. EDADES 2001-2011**



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La Encuesta Estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) muestra en Extremadura una evidente reducción del porcentaje de estudiantes entre 14-18 años que tienen el hábito de fumar tabaco diariamente, que ha pasado de un 20,2% en 2006 a un 13,7% en 2010. Si en 2006 el porcentaje en Extremadura superaba a la media nacional (14,8%) en 5 puntos, en 2010 ambos porcentajes se aproximan. Figura 5.2.

Figura 5.2 Evolución de la prevalencia del consumo de tabaco "a diario". En porcentaje. España y Extremadura. ESTUDES 2006-2010



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

A pesar de esta disminución en el consumo diario, el tabaco es una sustancia muy consumida por la población estudiante en su etapa educativa en Extremadura. En 2010, un 40,8% de los estudiantes habían fumado tabaco alguna vez en la vida, y un 28,8% había fumado alguna vez en los 30 días previos a la entrevista. Tabla 5.2.

Tabla 5.2 Evolución de las prevalencias de consumo de tabaco en Extremadura. En porcentaje. ESTUDES 2006-2010

Prevalencia de consumo de tabaco	2006	2008	2010
Alguna vez en la vida	47,0%	41,4%	40,8%
En los últimos 30 días	30,3%	33,1%	28,8%

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

5.1.2.- Consumo de bebidas alcohólicas

La encuesta EDADES 2011 indica que el alcohol sigue siendo la droga legal más consumida en Extremadura entre la población adulta, de tal forma que un 57,48% de la población encuestada declaró haber consumido alcohol en el último mes anterior a la entrevista y un 9,8% consumió alcohol a diario en los últimos 30 días. No obstante, estas cifras son inferiores a las encontradas para el conjunto del territorio nacional. Tabla 5.3.

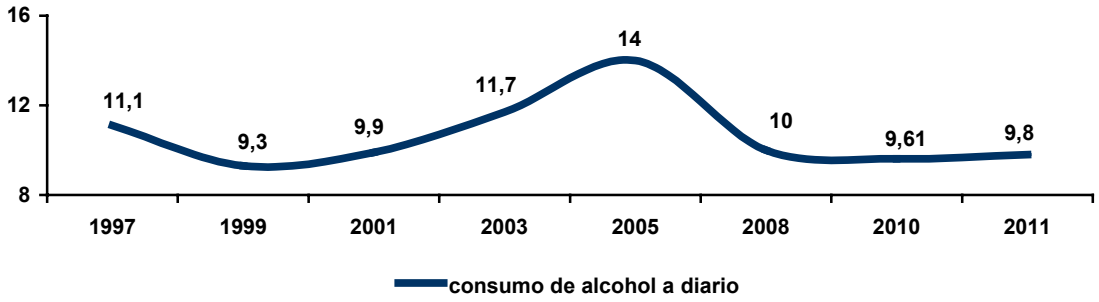
Tabla 5.3 Prevalencia de consumo de alcohol (en porcentajes) en España y Extremadura. EDADES 2011

	Alguna vez	Último año	Último mes	A diario últimos 30 días
España	90,9%	76,6%	62,3%	10,2%
Extremadura	95,2%	76,2%	57,5%	9,8%

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Si comparamos las cifras entre 1997 y 2011, se observa que actualmente hay una menor proporción de población que declara consumir alcohol a diario, pasando de representar el 11,1% en 1997 a un 9,8% en 2011.Figura 5.3.

Figura 5.3 Evolución de la prevalencia del consumo de alcohol "a diario" en población adulta. En porcentaje. Extremadura. EDADES 1997-2011



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La encuesta ESTUDES 2010 indica que el alcohol es la droga más consumida por la población estudiante de enseñanza secundaria de 14 a 18 años, tanto en Extremadura como en España. Un 63% de la población estudiante extremeña había tomado bebidas alcohólicas en los últimos 30 días a la entrevista, un 73,6% habían bebido en los últimos 12 meses y un 73,8% alguna vez en la vida. Tabla 5.4.

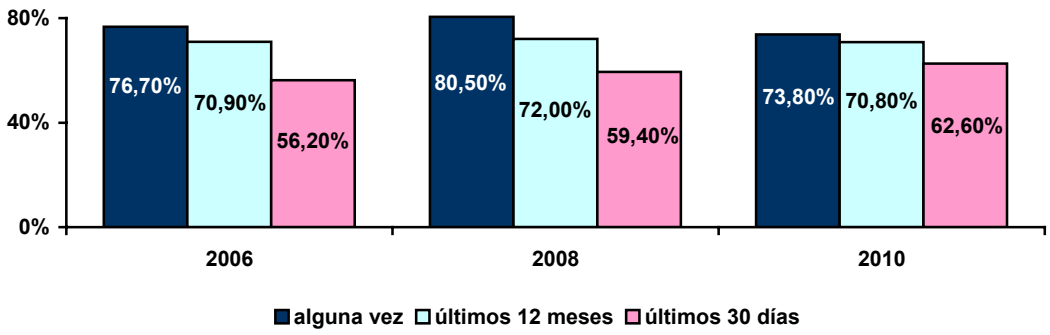
Tabla 5.4 Prevalencia de consumo de alcohol (porcentajes) en España y Extremadura. ESTUDES 2010

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
España	75,1%	70,8%	62,6%
Extremadura	73,8%	73,6%	63,0%

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

En los últimos años las cifras de estudiantes que han consumido alcohol se mantienen similares, aunque se observa un aumento entre 2006 y 2010 en la proporción de estudiantes que han consumido alcohol en el último mes a la entrevista. Figura 5.4.

Figura 5.4 Evolución de la prevalencia del consumo de alcohol en estudiantes de 14-18 años. En porcentaje. Extremadura. ESTUDES 2006-2010



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Los indicadores indirectos de consumo excesivo de alcohol siguen presentando cifras elevadas. Un 56,2% de la población estudiante extremeña de 14 a 18 años manifestaron haberse emborrachado alguna vez en la vida, un 50,6% en los últimos 12 meses y un 33,1% en los últimos 30 días. Esta prevalencia es inferior a la encontrada para el conjunto del país. Tabla 5.5.

Tabla 5.5 **Prevalencias de borracheras en estudiantes (porcentajes). ESTUDES 2010. Extremadura**

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
España	58,8%	52,9%	35,6%
Extremadura	56,2%	50,6%	33,1%

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

5.1.3.- Consumo de cannabis

El cannabis es la droga ilegal más consumida por la población adulta extremeña. En el año 2011, un 33% de ellos había consumido cannabis alguna vez en la vida, cifra superior a la media nacional. Un 2,2% de la misma población declararó consumir a diario en el último mes, frente al 1,7% del dato nacional. Tabla 5.6.

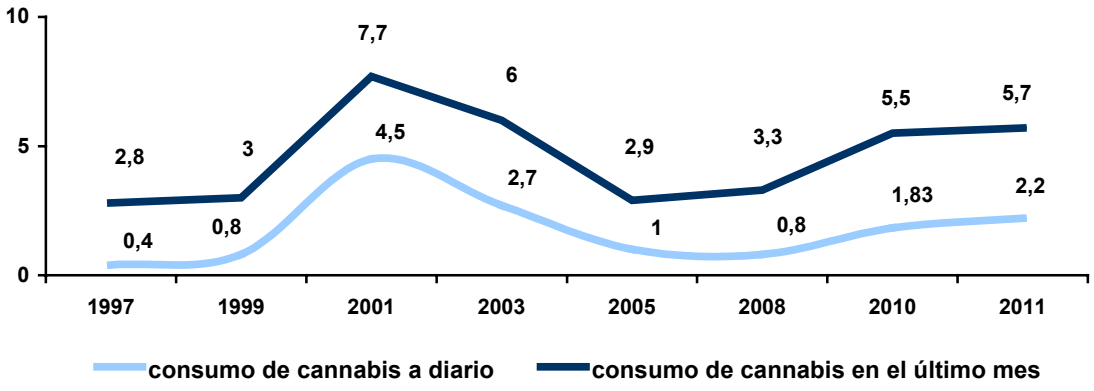
Tabla 5.6 **Prevalencias de consumo de cannabis (porcentaje) en adultos. España y Extremadura. EDADES 2011**

	Alguna vez	Último año	Último mes	A diario últimos 30 días
España	27,4%	9,6%	7,0%	1,7%
Extremadura	33,0%	8,3%	5,7%	2,2%

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Si analizamos los datos entre los años 1997 y 2011, se advierte un aumento en la proporción de adultos que consumen cannabis a diario, que ha pasado del 0,4% al 2,2%, con un pico importante entre los años 2001-2003. De forma similar, ha aumentado de 2,9% a un 5,7% la población que había consumido cannabis en el último mes. Figura 5.5.

Figura 5.5 **Evolución del consumo de cannabis en adultos. En porcentaje. Extremadura. EDADES 1997-2011**



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La encuesta ESTUDES 2010 muestra que el cannabis es una droga muy extendida entre la población estudiante extremeña de entre 14 y 18 años, ya que el 14% de la población encuestada, había consumido cannabis alguna vez en los últimos 30 días; un 22,5% alguna vez en los últimos 12 meses; y un 28,8% alguna vez en la vida. Estas cifras son inferiores que las encontradas para el resto del territorio nacional. Tabla 5.7.

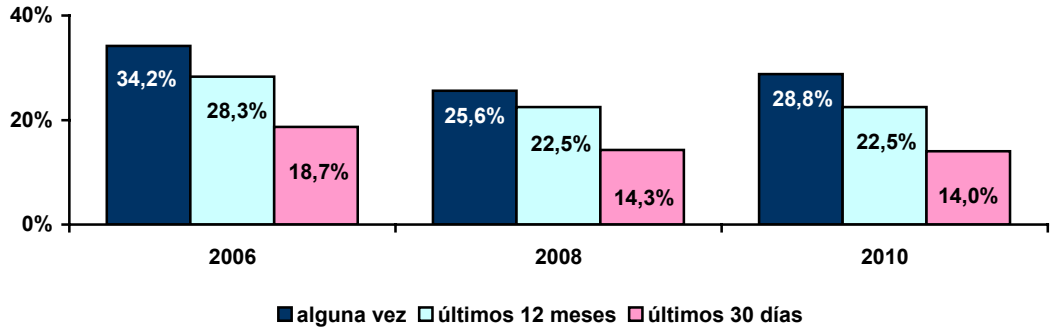
Tabla 5.7 **Prevalencias de consumo de cannabis (porcentaje) en España y Extremadura. ESTUDES 2010**

	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
España	33,0%	26,4%	17,2%
Extremadura	28,8%	22,5%	14,0%

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Tal como ocurre para el conjunto de España, desde 2006, se evidencia un descenso en el consumo de esta sustancia entre la población joven encuestada, cuyo consumo en Extremadura para los últimos 30 días ha pasado de un 18,7% en 2006 a un 14% en 2010. En el consumo de cannabis para los últimos 12 meses, el porcentaje que representa este grupo ha pasado del 28,3% en 2006 al 22,5% en 2010. El porcentaje del grupo de jóvenes que han fumado cannabis alguna vez en la vida en 2006 fue del 34,2% y en 2010 del 28,8%. Figura 5.6.

Figura 5.6 **Evolución de la prevalencia del consumo de cannabis en estudiantes de 14-18 años. En porcentaje. Extremadura. ESTUDES 2006-2010**



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Secretaría Técnica de Drogodependencias.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

5.2.- HÁBITOS ALIMENTARIOS

La importancia de una alimentación sana y equilibrada debe iniciarse desde el comienzo de la vida. La evidencia científica ha demostrado las bondades de la lactancia materna, por ello la OMS/UNICEF recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad. Los últimos datos oficiales disponibles son los ofrecidos por la Encuesta Nacional de Salud 2006, que indica que en Extremadura un 56,97% de la población de 6 semanas recibe lactancia materna de manera exclusiva, un 44,47% continúa con este tipo de alimentación a los 3 meses de vida y tan sólo un 20,64% continúa a los seis meses de vida. Estas cifras son inferiores a las encontradas para el conjunto del territorio nacional. Tabla 5.8.

Tabla 5.8 Prevalencia de lactancia materna exclusiva (en porcentaje) en España y Extremadura. ENSE 2006

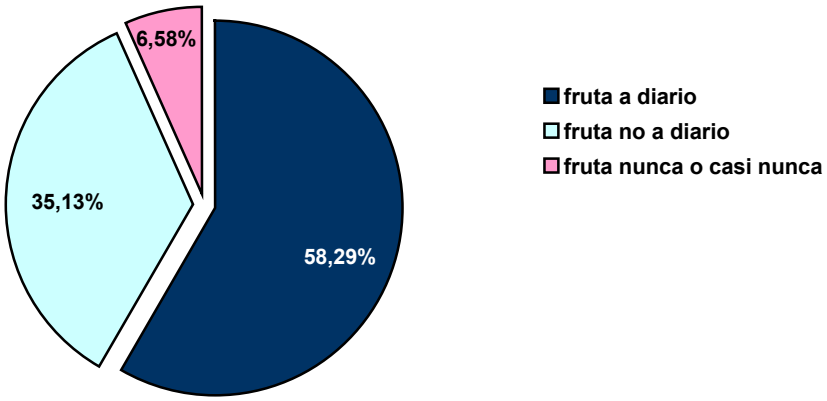
	6 semanas de vida	3 meses de vida	6 meses de vida
España	68,40%	52,48%	24,72%
Extremadura	56,97%	44,47%	20,64%

Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud 2006.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Un indicador importante de la ingesta de una dieta sana y equilibrada es la inclusión en la misma de frutas y verduras. Según la Encuesta Nacional de Salud 2011, el 58,29% de la población extremeña consume fruta fresca a diario.

En el lado opuesto, la población que declara consumir fruta pero no a diario asciende a un 35,13%, y los que nunca o casi nunca comen fruta representan un 6,58%. Figura 5.7.

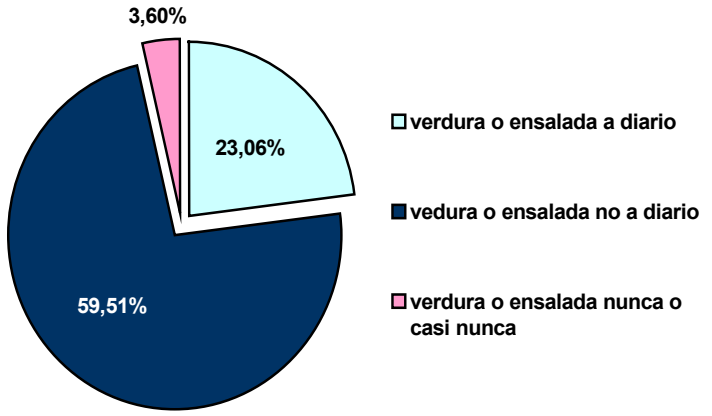
Figura 5.7 Consumo de fruta en mayores de 16 años (porcentajes). Extremadura 2011



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud 2011.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La presencia de verdura o ensaladas en la dieta de la población extremeña, según esta Encuesta, es inferior al de frutas. Un 23,06% ingieren estos alimentos a diario, un porcentaje muy alto, el 59,51% incluyen este tipo de alimento en su dieta pero no a diario, y un 3,60% declaran no consumirlos nunca o casi nunca. Figura 5.8.

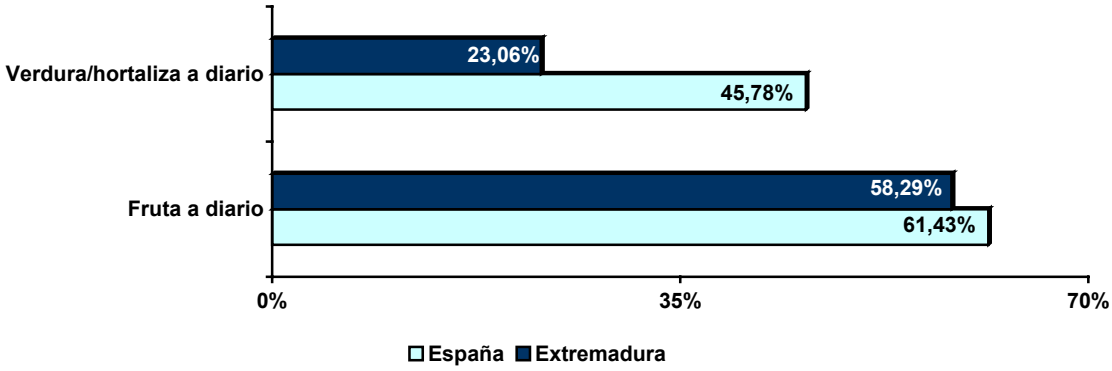
Figura 5.8 Consumo de verdura o ensalada (porcentajes). Extremadura 2011



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud 2011.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Si el consumo diario de frutas se equipara con el consumo a escala nacional, la ingesta de verduras en Extremadura se encuentra en niveles inferiores a la media nacional. Figura 5.9.

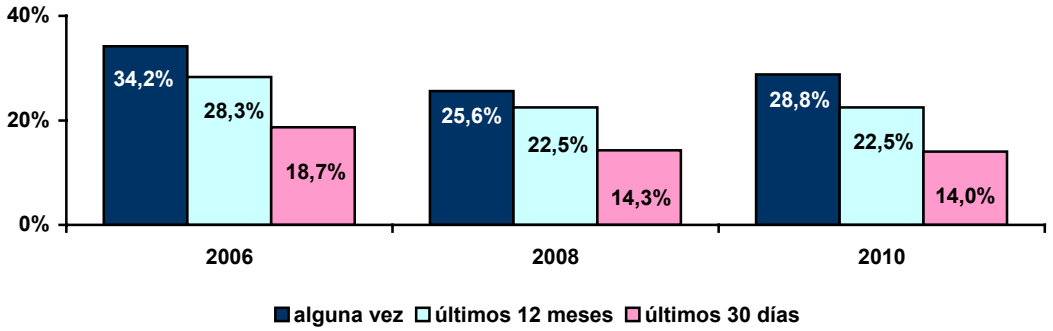
Figura 5.9 Consumo de fruta y verdura/hortalizas. En porcentaje. España y Extremadura. 2011



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud 2011.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

En los últimos años se constata una tendencia descendente en el consumo de este tipo de alimentos, sobre todo de frutas. En 2003, un 25,19% de la población extremeña declaró ingerir verduras y hortalizas a diario, 2 puntos porcentuales por encima de la cifra de 2011; y un 74,67% declaró un consumo diario de frutas, 16 puntos porcentuales por encima de lo declarado en 2011. Figura 5.10.

Figura 5.10 Evolución del consumo de fruta y verduras/hortalizas. En porcentaje. Extremadura. 2003- 2011.

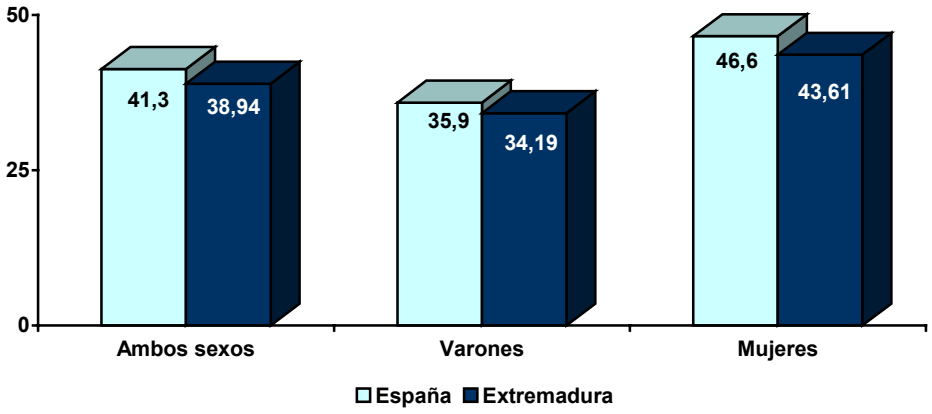


Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud 2011.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

5.3.- ACTIVIDAD FÍSICA

Mantener actividad física y la práctica de ejercicio físico de forma regular es uno de los hábitos que se consideran saludables y que influyen de manera importante en la salud. La Encuesta Nacional de Salud 2011 indica que, el 38,94% de la población extremeña se declaró sedentaria (no realiza actividad física alguna en su tiempo libre), 2 puntos por debajo de la media nacional (41,3%). Por sexos, hay una mayor proporción de mujeres sedentarias (43,61%) que de varones (34,19%), tanto en Extremadura como en España. Figura 5.11.

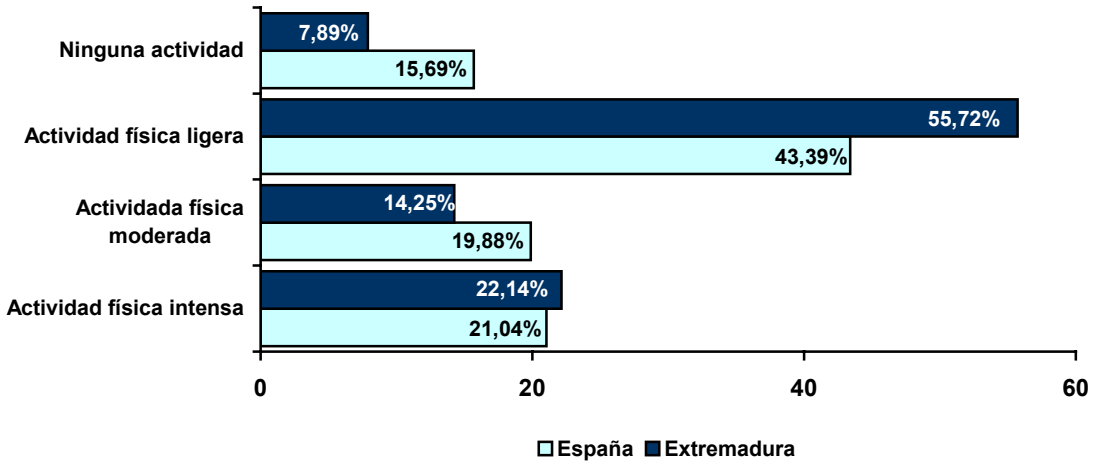
Figura 5.11 Sedentarismo en población general (porcentajes). España y Extremadura. 2011.



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud 2011.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Considerando tanto la actividad principal como el tiempo libre, en Extremadura un 7,89% de la población adulta declaró no haber realizado actividad física alguna en los últimos 7 días, casi 8 puntos porcentuales menos que la media nacional que fue de 15,69%. Más de la mitad, un 55,72%, realizó actividad física ligera, 12 puntos por encima de la media nacional (43,39%); un 14,25% actividad física moderada, cifra inferior a la media nacional que fue de 19,88%; y un 22,14% actividad física intensa, similar a la cifra encontrada para el territorio nacional. Figura 5.12.

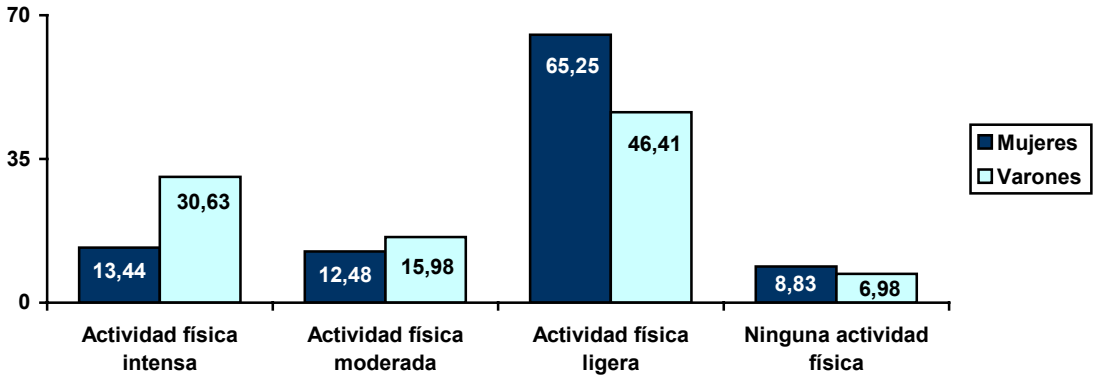
Figura 5.12 Actividad física últimos 7 días en población adulta. En porcentaje. España y Extremadura. 2011



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud 2011.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Si se analizan los datos para Extremadura por sexos, la proporción de mujeres que realizaron actividad física intensa (13,44%) es muy inferior a la de varones (30,63%), sin embargo es mayor la proporción de población femenina que practica ejercicio moderado (12,48% frente al 15,98%). Con relación a los que no realizan ningún ejercicio físico, el porcentaje de mujeres se sitúa en el 8,83% y el de hombres en el 6,98%. Figura 5.13.

Figura 5.13 Actividad física en población adulta por sexos. En porcentaje. Extremadura. 2011



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud 2011.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

5.4.- EXCESO DE PESO

El exceso de peso, que abarca los términos sobrepeso y obesidad, está muy relacionada con el sedentarismo y la alimentación inadecuada.

La Encuesta Nacional de Salud 2011 indica que, en Extremadura, más de la mitad de la población de 18 y más años presenta un exceso de peso (61,81%), correspondiéndose un 40,17% con sobrepeso y un 21,64% con obesidad. Comparando estas cifras con los datos para el conjunto del país, se constata un aumento de estos valores en Extremadura. Tabla 5.9.

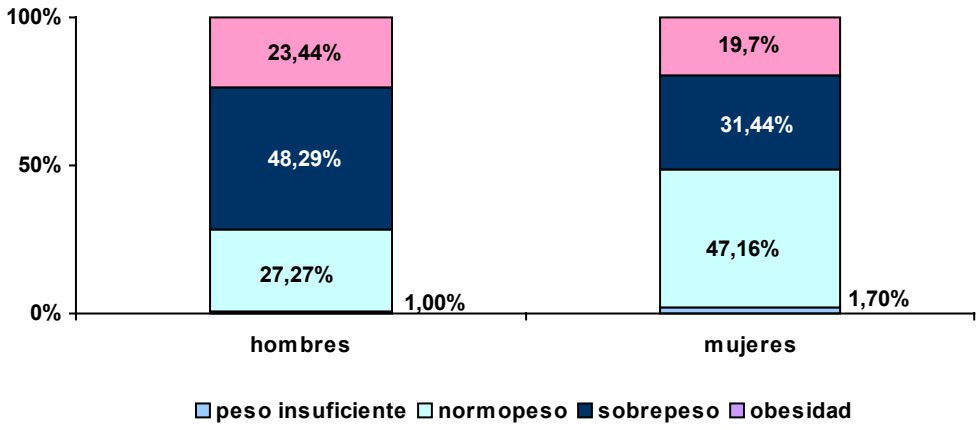
Tabla 5.9 **Sobrepeso y obesidad. Porcentaje de población de 18 y más años. España y Extremadura. 2011**

	Sobrepeso	Obesidad
España	36,65%	17,03%
Extremadura	40,17%	21,64%

Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud 2011.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Por sexos, en Extremadura el exceso de peso afecta más a los hombres (71,73%) que a las mujeres (51,14%), al igual que ocurre en el resto del territorio nacional. En el caso de los hombres la obesidad aparece en el 23,44% y en el caso de las mujeres en el 19,70%. Figura 5.14.

Figura 5.14 **Índice de masa corporal en población adulta, según el sexo. En porcentaje. Extremadura. 2011**



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud 2011.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Formación y Calidad de la CSyPS.

El 28,57% de la población de entre 2 y 17 años, presenta un exceso de peso en Extremadura, cifra similar a la media nacional (27.8%), apareciendo el sobrepeso en un 19,77% de los casos y la obesidad en un 8,80%. Tabla 5.10.

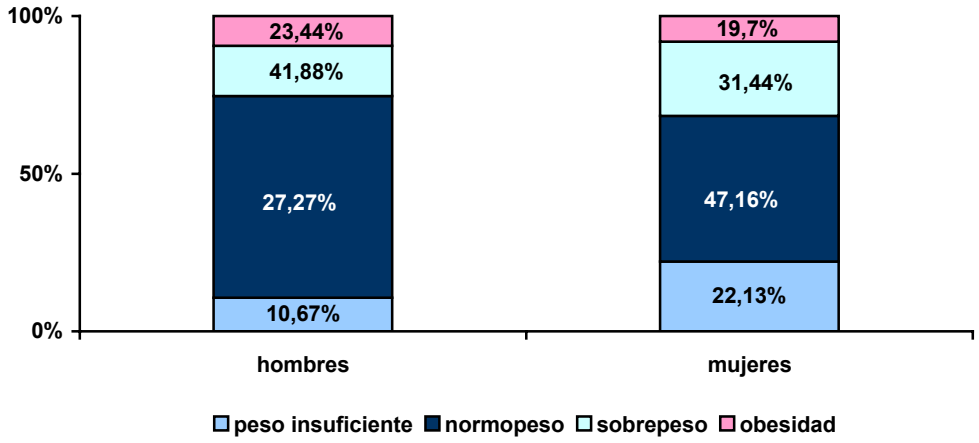
Tabla 5.10 **Sobrepeso y obesidad. Población entre 2 y 17 años. España y Extremadura. 2011**

	Sobrepeso	Obesidad
España	18,26%	9,56%
Extremadura	19,77%	8,80%

Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud 2011.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Por sexos, en Extremadura la mujeres presentan más sobrepeso que los varones, sin embargo la obesidad aparece con mayor frecuencia en los varones. Figura 5.15.

Figura 5.15 Índice de masa corporal según el sexo. Población entre 2 y 17 años. En porcentaje. Extremadura. 2011



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud 2011.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

5.5.- HÁBITOS SEXUALES

Los datos oficiales sobre hábitos sexuales en Extremadura son los proporcionados por la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales realizada en 2003 por el INE, en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Basándose en esta Encuesta, las conductas sexuales de la población extremeña de entre 18 y 49 años desde la perspectiva del Sida nos indican que: el 27,72% se ha hecho alguna vez la prueba del VIH/sida (27,58% de varones y 27,87% de mujeres). El 15,59% de los hombres ha tenido relaciones sexuales con diez o más parejas. El 28,58% de los varones y el 17,39% de mujeres han mantenido relaciones sexuales con nuevas parejas en el último año y no han usado el preservativo en la primera relación con esta nueva pareja. En relaciones con parejas ocasionales, el 47% de varones y el 45,15% de mujeres no han usado el preservativo. El 4,15% de los hombres ha tenido relaciones sexuales en el último año con personas que ejercen la prostitución. El 56,66% afirma que el uso del preservativo permite disfrutar más por la seguridad que proporciona (52,23% de varones y 61,18% de mujeres).

6.- SALUD Y SEGURIDAD AMBIENTAL

La protección de la salud ha sido siempre uno de los pilares en las políticas de defensa del medio ambiente y socio sanitarias de la Unión Europea. La legislación Comunitaria se constituye en un conjunto de normas de seguridad y de sistemas de seguimiento y control sobre los agentes que afectan a la salud, siendo los ámbitos principales de actuación las sustancias y mezclas químicas, la contaminación atmosférica y la del suelo, la protección y gestión del agua, el ruido, los residuos y los accidentes industriales, entre otros.

Los Programas de Acción Comunitarios en el ámbito de la Salud Pública y en Materia de Medio Ambiente, consideran el medio ambiente como un factor determinante de la salud y establecen como objetivo, contribuir a un alto nivel de calidad de vida y bienestar social para los ciudadanos y proporcionar un medio ambiente en el que los niveles de contaminantes de origen humano, no tengan efectos o riesgos significativos sobre la salud humana.

En el ámbito extremeño la Ley 5/2010, de 23 de junio, de prevención y calidad ambiental de la CAE establece un marco normativo adecuado para el desarrollo de la política medioambiental de la CAE y su integración en el resto de las políticas autonómicas con el fin de obtener un alto nivel de protección del medio ambiente y, de este modo, mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

La Ley 7/2011, de 23 de marzo, de Salud Pública de Extremadura, establece el ámbito normativo de la política de la Comunidad Autónoma de Extremadura en materia de salud pública, partiendo de un concepto de salud pública que, aunque componente del sistema sanitario, impregna de forma transversal todas las políticas de las administraciones públicas implicadas. Así también se desarrolla el concepto de salud ambiental en relación con las agresiones físicas, químicas o biológicas a las que están expuestas las personas.

6.1.- AGUAS DE CONSUMO HUMANO

El agua es un elemento imprescindible para cualquier ser vivo, indispensable para la vida y para el ejercicio de la mayoría de las actividades económicas. Sin embargo, existen riesgos asociados a su uso como agua de bebida, en preparación de alimentos o para la higiene personal derivados de la presencia de factores de peligro físicos, microbiológicos y químicos.

Por ello y para que el ser humano reciba un agua apta para el consumo, es necesario llevar a cabo una serie de tratamientos y controles sobre el agua que se suministra a la población.

Así, se han ido elaborando una serie de normativas, cuyo objeto es proteger la salud de la población a través del establecimiento de una serie de requisitos, obligaciones, responsabilidades y funciones de autocontrol y de vigilancia y control oficial.

Para ejecutar la responsabilidad de vigilancia y control oficial, se elaboran programas de vigilancia, en los que se establecen una serie de actuaciones o evaluaciones mínimas que permitan, siempre en base a la normativa aplicable, conocer nuestros abastecimientos, evaluar su gestión y autocontrol, detectar dificultades o problemas comunes, y mejorar las actuaciones de control oficial.

6.1.1.- Descripción y censado de los abastecimientos

El Informe de Salud Pública 2006 indica que en el 70,68% de las localidades extremeñas, el suministro de agua de consumo, procedía de una estación de tratamiento de agua potable (ETAP), de modo que esta agua, antes de llegar a las personas que la consumen, ha sufrido además de la desinfección, distintos procesos de tratamiento antes de pasar a la red de distribución. El resto de localidades, un 29,31%, recibe agua procedente de una unidad mínima de tratamiento (UMT), en las que se lleva a cabo el tratamiento de desinfección.

La Dirección General de Salud Pública, tras un análisis pormenorizado de los resultados de los programas anuales de vigilancia, reorganizó la descripción y censado de los abastecimientos de agua de consumo humano. En el año 2011, en el 76,91% de las localidades extremeñas, el suministro de agua de consumo, procedía de una ETAP y el 23,09%, reciben agua procedente de una UMT. El número de ETAPs y UMTs en Extremadura es de 357. Tabla 6.1.

Tabla 6.1 **Descripción y censado de los abastecimientos de agua de consumo humano en Extremadura. 2011**

Área de Salud	Abastecimientos	Captaciones	ETAPs y UMTs	Depósitos
Badajoz	36	35	29	65
Mérida	21	30	19	42
Don Benito-Villanueva	28	37	28	80
Llerena-Zafra	41	74	39	37
Cáceres	75	105	73	122
Coria	35	68	34	42
Plasencia	91	132	91	88
Navalmoral de la Mata	44	77	44	55
Extremadura	**371**	**558**	**357**	**531**

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

6.1.2.- Calidad del agua de consumo

Con el objeto de proteger la salud ante los riesgos que el consumo de agua pueda suponer para la población abastecida**,** se realiza la supervisión de los abastecimientos de agua de consumo humano, que se programa y coordina desde la D. G. de Salud Pública y se materializa a través de la gestión y el control oficial, realizados por las Direcciones de Salud de las Áreas Sanitarias, los Farmacéuticos de Atención Primaria y los Laboratorios de Salud Pública.

Como objetivo de esta vigilancia programada, se encuentra la evaluación sanitaria de los abastecimientos, en sus aspectos estructurales y de calidad del agua, a fin de priorizar las actuaciones de control oficial sobre los puntos de riesgo de los mismos y promover las actuaciones necesarias para su gestión.

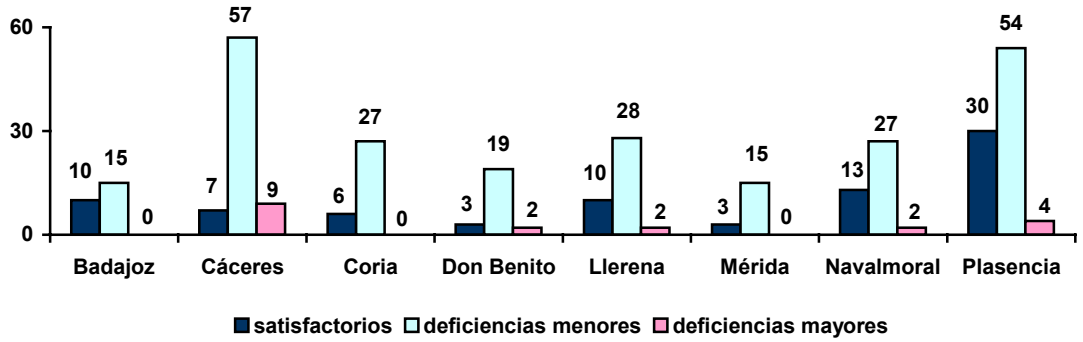
Esta evaluación se lleva a cabo a través de las inspecciones y auditorías de las infraestructuras de los abastecimientos, así como de los tratamientos y de las técnicas y productos que se aplican o usan en los mismos. Además como verificación objetiva de la calidad del agua, se realiza la correspondiente toma de muestras.

Durante el año 2011, se han realizado por parte del personal de farmacia de atención primaria 1.154 inspecciones-auditorias, y se tomaron 1.720 muestras de agua de consumo, para la determinación de análisis secuenciales, trihalometanos y plaguicidas organoclorados.

Todo ello ha permitido evaluar el estado de las infraestructuras, su mantenimiento, la calidad del agua, y por tanto evaluar globalmente todos los aspectos.

Así pues, se calificaron las infraestructuras de 343 abastecimientos, lo que supone la calificación de un 96% del total de los abastecimientos. De estos 343 abastecimientos, el 24% de sus infraestructuras fueron calificadas como satisfactorias, una gran mayoría, el 70%, presentaron deficiencias menores y tan solo un 5% presentaron deficiencias mayores. Figura 6.1.

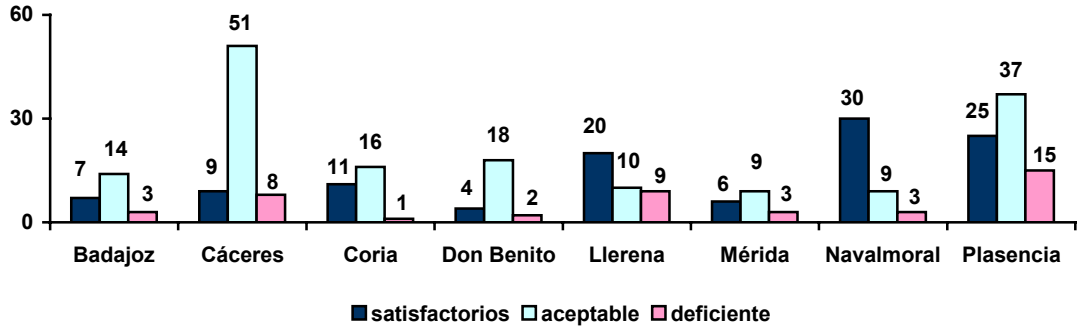
Figura 6.1 **Calificación de las infraestructuras de los abastecimientos de aguas de consumo humano. Extremadura. 2011**



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La calificación del agua se obtuvo en 320 abastecimientos, lo que representa una calificación del 89 % del total de los abastecimientos. De estos 320 abastecimientos, el 35% fue calificado con una calidad de agua satisfactoria, el 51% con calidad aceptable y el 14% restante con una calidad deficiente. Figura 6.2.

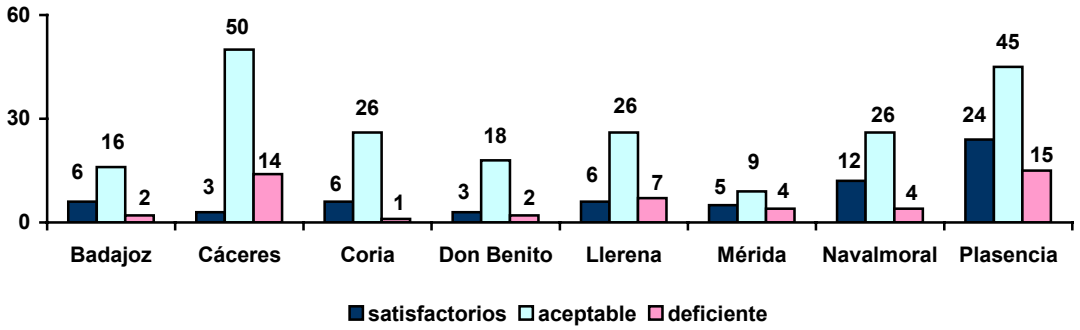
Figura 6.2 **Calificación de la calidad del agua de consumo humano. 2011**



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: : Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

A partir de las calificaciones de las infraestructuras y de la calidad del agua, se procedió a obtener la calificación global de ambos aspectos. En este caso, el número total de abastecimientos calificados fue de 328, el 94% del total de los abastecimientos. De estos 328 abastecimientos, el 20% obtuvieron la calificación de satisfactorios, mientras que el 15% fueron calificados como deficientes. La gran mayoría, el 65%, se consideraron aceptables. Figura 6.3.

Figura 6.3 Calificación del abastecimiento de agua de consumo. 2011



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

6.2.- AGUAS DE BAÑO

Extremadura cuenta con una amplia extensión de aguas continentales, en las que, entre otras, se pueden desarrollar actividades lúdico- recreativas que implican el uso del agua para el baño, y que no están exentas de riesgos para la salud.

El cumplimiento de la normativa de esta materia, exige la ejecución de la vigilancia y el control sanitario de las aguas de baño y sus playas. Esta supervisión se programa y coordina desde la Dirección General de Salud Pública y se materializa a través de la gestión y el control oficial, realizados por las Direcciones de Salud de las Áreas Sanitarias, el personal farmacéutico de Atención Primaria y los Laboratorios de Salud Pública.

La Dirección General de Salud Pública y las Direcciones de Salud de las Áreas, elaboran y actualizan cada año, el listado de zonas de baño en las que éste se practique, a fin de supervisar su calidad e informar y realizar las recomendaciones pertinentes a las administraciones locales responsables de las mismas y que éstas, a su vez, puedan informar a las personas usuarias. Este listado o censo, recoge todas las zonas de baño de Extremadura, integradas o no en el Censo Europeo.

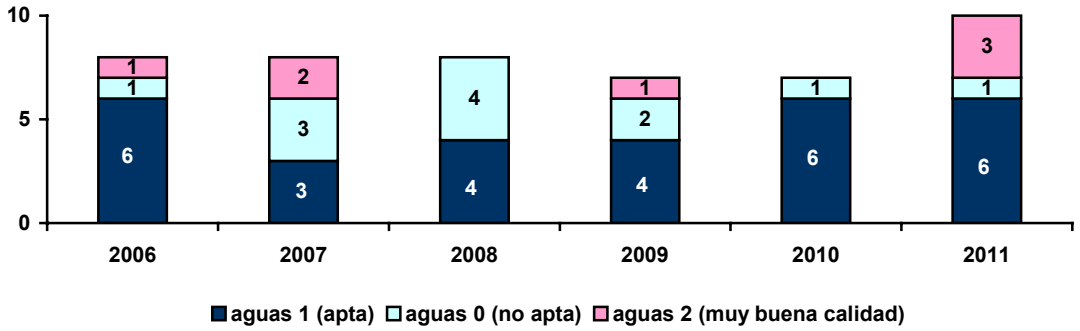
Mediante el control oficial se inspeccionan y analizan el 100% de las zonas de baño incluidas en el censo, siguiendo la normativa vigente, de modo que durante la temporada 2011, se han realizado 611 inspecciones y se han tomado 574 muestras.

Cada resultado analítico, lleva aparejado la calificación puntual del agua como apta o no apta para el baño, y su comunicación al Ayuntamiento correspondiente para la adecuada información a los usuarios, y el consiguiente proceso de investigación del origen de la contaminación.

A final de la temporada, se realiza la evaluación global de la calidad del agua, como insuficiente, suficiente, buena o excelente, (conforme al RD 1341/2007, sobre la gestión de la calidad de las aguas de baño) o como aguas 0,1,2 (conforme al ya derogado RD 734/1988, sobre las normas de calidad de las aguas de baño, cuyo método de calificación ha sido necesario utilizar de modo simultáneo hasta 2011).

En el año 2011 estaban incluidas 10 zonas de baño en el Censo Europeo. Las calificaciones globales de final de temporada para las zonas incluidas, conforme a la antigua normativa (aguas 0, 1 y 2), aparecen recogida en la Figura 6.4.

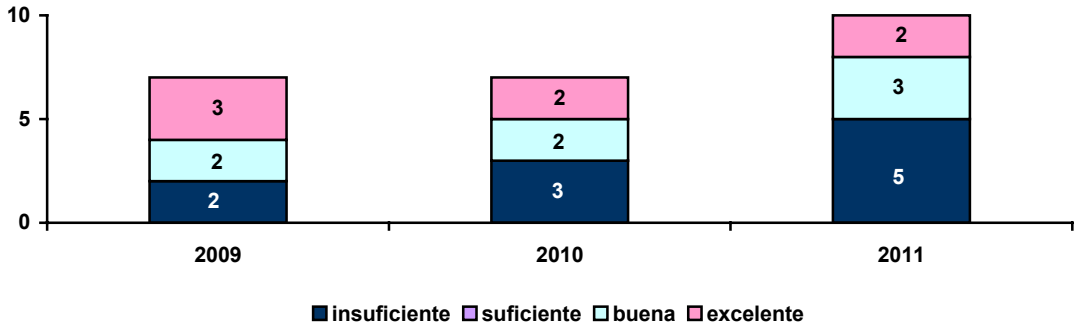
Figura 6.4 **Evolución de la calificación y número de zonas de baño, incluidas en el Censo Europeo (antigua normativa). Extremadura 2006-2011**



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Las calificaciones globales de final de temporada vigentes desde la temporada 2009, (insuficiente, suficiente, buena y excelente) se recogen en la Figura 6.5.

Figura 6.5 **Evolución de la calificación y número de zonas de baño, incluidas en el Censo Europeo (vigencia actual). Extremadura 2009-2011**



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La investigación de origen de la contaminación de las aguas de baño, revela como causas más frecuentes: falta de limpieza en orilla y playa; vertidos de aguas residuales; residuos, desperdicios provenientes de la presencia de bañistas; restos procedentes de obras; restos o residuos procedentes de animales.

6.3.- PISCINAS DE USO COLECTIVO

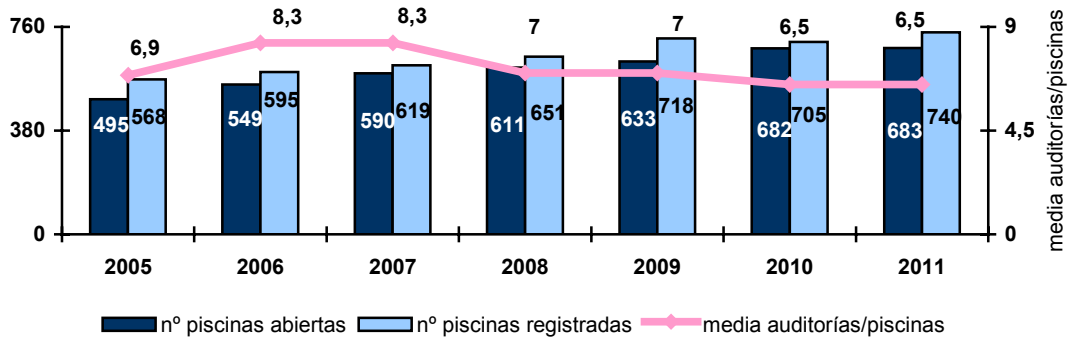
El incremento de las instalaciones recreativas, entre ellas las piscinas de uso colectivo, es un hecho constatado en Extremadura, en el que la climatología, salvo excepciones, las ha convertido en un elemento casi imprescindible para aliviar el rigor del verano, siendo cada vez más frecuente su uso en temporadas invernales.

Las piscinas pueden entrañar un riesgo sanitario debido a distintos factores, entre los que se encuentran el uso de sus instalaciones cuando no reúnen las condiciones adecuadas, y el uso del agua de los vasos, cuando no se garantiza su calidad, pudiendo derivarse la transmisión de enfermedades como infecciones por hongos, otitis, sinusitis, conjuntivitis, eccemas, gastroenteritis y otras.

La vigilancia y control de las piscinas, se programa y coordina desde la Dirección General de Salud Pública y se materializa a través de la gestión y de las actuaciones de control oficial, realizados por las Direcciones de Salud de las Áreas, el personal farmacéutico de Atención Primaria, y los Laboratorios de Salud Pública. Esta supervisión se lleva a cabo a través de las inspecciones y auditorías de todas las instalaciones, así como de los tratamientos y de las técnicas y productos que se aplican o usan en los mismos. Además como verificación objetiva de la calidad del agua, se realizan la correspondiente toma de muestras.

El número total de piscinas registradas y piscinas abiertas vigiladas mediante control oficial, y el número de inspecciones-auditorías en las piscinas abiertas durante el periodo 2005-2011 se observa en la Figura 6.6.

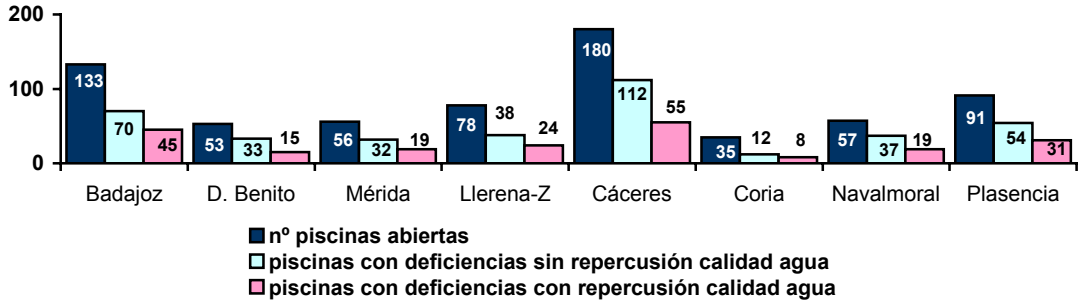
Figura 6.6 **Evolución del número de piscinas registradas, y de las inspecciones/auditorías de piscinas abiertas. 2005-2011**



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Durante el año 2011 se han supervisado las instalaciones, obteniendo los resultados que a continuación se muestran, y en los que se diferencian aquellas deficiencias que no tienen repercusión directa sobre la calidad del agua de los vasos y aquellas que sí la tienen. Figura 6.7.

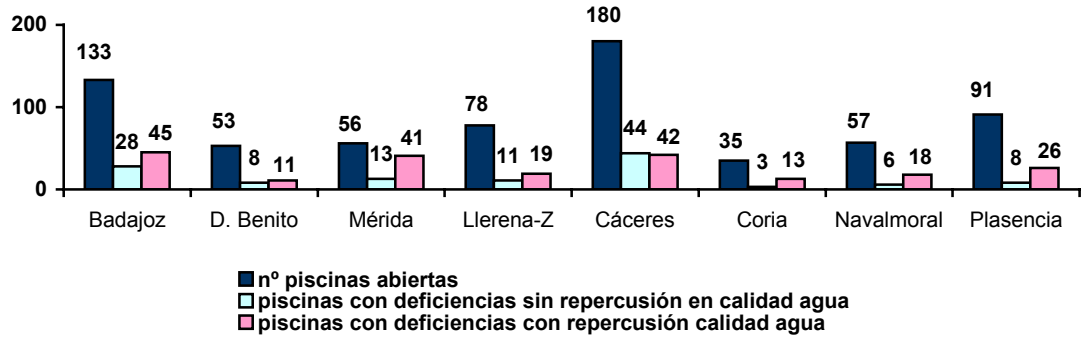
Figura 6.7 **Deficiencias estructurales en las piscinas, por áreas de salud. Extremadura. 2011**



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Durante el año 2011 se ha supervisado el funcionamiento o autocontrol, obteniendo los resultados que a continuación se muestran, y en los que se diferencian aquellas deficiencias que no tienen repercusión directa sobre la calidad del agua de los vasos y aquellas que sí la tienen. Figura 6.8.

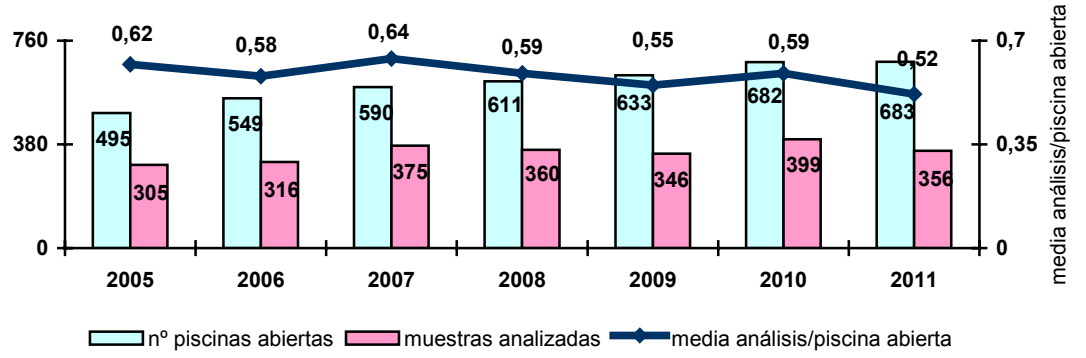
Figura 6.8 **Deficiencias en el funcionamiento de las piscinas, por áreas de salud. Extremadura. 2011**



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La evolución de muestras programadas por la D. G. de Salud Pública en el periodo 2005-2011, se puede observar a continuación. Figura 6.9.

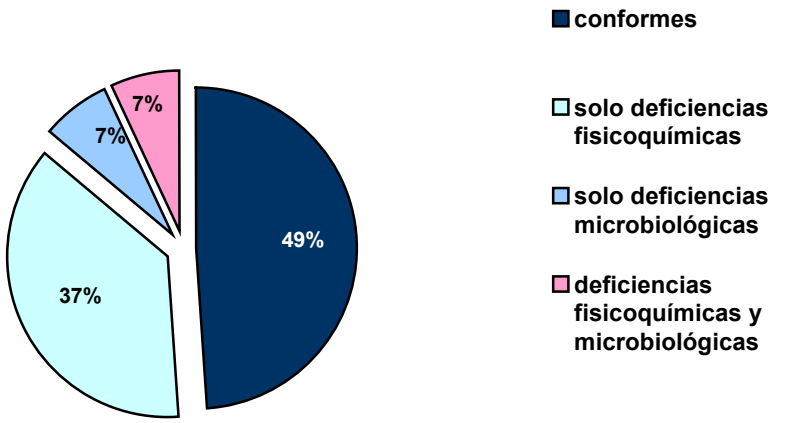
Figura 6.9 **Evolución de los análisis oficiales de las piscinas. Extremadura. 2011**



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

De estos análisis, se muestran el porcentaje de conformidad y no conformidad por tipo de deficiencia. Más del 50% de las deficiencias físico-químicas corresponden a niveles no del todo ajustados de pH y desinfectante Figura 6.10.

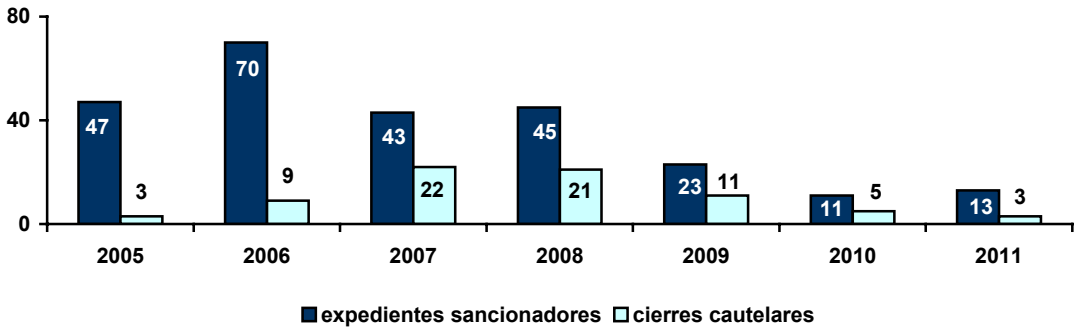
Figura 6.10 Resultados de los análisis oficiales de las muestras programadas. Extremadura. 2011



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Las propuestas de expedientes sancionadores, y las propuestas de ceses cautelares de actividad, por existencia de cierto riesgo para la salud de las personas bañistas, han sido de 13 y 3 respectivamente durante la temporada 2011, del total de 682 piscinas abiertas. Figura 6.11.

Figura 6.11 Evolución del número de expedientes sancionadores y de cierres cautelares de piscinas abiertas. Extremadura 2005-2011



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

6.4.- PREVENCIÓN DE LA LEGIONELOSIS

La legionelosis es una enfermedad de origen ambiental, causada por la *Legionella*, una bacteria que se encuentra ampliamente extendida en ambientes acuáticos naturales (ríos, lagos, aguas termales, etc.), en pequeñas concentraciones, pudiendo sobrevivir en condiciones muy diversas.

Para que entrañe riesgo para las personas debe pasar a colonizar instalaciones construidas por el ser humano, que utilicen agua en su funcionamiento y con producción de aerosoles, como torres de refrigeración, condensadores evaporativos, centrales humidificadoras industriales, sistemas de agua caliente sanitaria, sistema de agua caliente con agitación constante, etc.

La vigilancia, inspección y control de las instalaciones con riesgo de proliferación y dispersión de *Legionella*, la cual se programa y coordina desde la Dirección General de Salud Pública y se materializa a través de la gestión y de las actuaciones de control oficial por las Direcciones de Salud de las Áreas sanitarias, el personal farmacéutico de Atención Primaria, y los Laboratorios de Salud Pública.

Para realizar este control oficial, se parte de un censo de establecimientos con instalaciones de riesgo de proliferación y dispersión de la bacteria, en el que era obligatorio notificar cualquier tipo de instalación, de alto o bajo riesgo. Dicha obligación de notificación, ha sido restringida desde octubre 2010, a tres tipos de instalaciones de alto riesgo: torres de refrigeración, condensadores evaporativos y sistemas de agua caliente con acumulador, y circuito de retorno. No obstante, a través del control oficial, se elabora un censo completo de todo tipo de instalaciones. Tabla 6.2.

Tabla 6.2 **Evolución de las notificaciones de instalaciones de riesgo de Legionella. Extremadura. 2001-2010**

Instalaciones	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2009	2010
Torres de refrigeración	179	86	65	39	89	7	11	243	351
Condensadores evaporativos	103	16	14	10	74	15	1	0	
Aparatos humectadores	13	7	0	4	31	5	0	0	
Acondicionadores evaporativos	160	5	0	0	178	10	6	0	
Depósitos de agua sanitaria	153	67	10	5	208	77	68	320	*s.o.n.
Agua fría de consumo humano								3	
Sistemas agua caliente sanitaria									387
Agua climatizada con agitación constante y recirculación								19	38
Total instalaciones notificadas	**608**	**181**	**89**	**58**	**580**	**114**	**86**	**585**	**776**

*Sin obligación de notificación
Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Las instalaciones existentes en el territorio extremeño, con o sin obligación de notificación, en el año 2011 se pueden observar en la Tabla 6.3.

Tabla 6.3 **Instalaciones censadas con riesgo de proliferación y dispersión de *Legionella*. Extremadura. 2011**

Nº de establecimientos	Instalaciones con obligación de notificación					Sin obligación notificación		
	TR	CE	SACSAR	Total	notificadas	SACAC	CH	Total
680	308	112	482	902	813	51	8	59

TR: Torres de refrigeración, CE: Condensadores evaporativos, SACSAR: Sistemas de agua caliente sanitaria con acumulador y circuito de retorno, SACAC: Sistemas de agua climatizada con agitación constante CH: Centrales humidificadoras
Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Las actuaciones de control oficial, realizadas durante el 2011, a través de 1.277 inspecciones-auditorías, y 64 análisis de *Legionella*, han permitido evaluar el 86% de las instalaciones existentes. Esta evaluación incluye la revisión de las características estructuras, de mantenimiento y funcionamiento de cada instalación, de modo que cada instalación cuenta al final con una evaluación global del riesgo. Tabla 6.4.

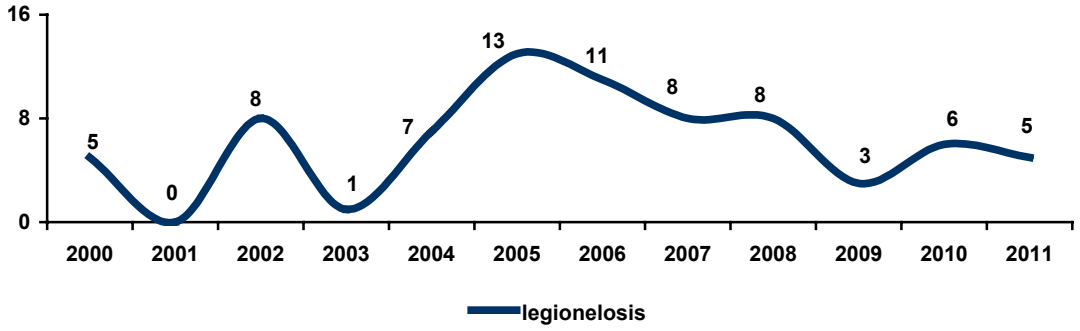
Tabla 6.4 Actuaciones de control oficial para la evaluación de las instalaciones. Extremadura. 2011

Características estructurales			Mantenimiento de la instalación			Instalación en funcionamiento			Evaluación global del riesgo		
BR	MR	AR	BR	MR	AR	BR	MR	AR	**BR**	**MR**	**AR**
580	205	18	687	112	4	563	176	64	697	103	3

BR: Bajo Riesgo; MR: Medio Riesgo; *AR: Alto Riesgo.*
Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La realidad de la legionelosis en Extremadura, se refleja con los casos de enfermedad, que durante el periodo 2005-2011, han supuesto un total de 75 casos. Figura 6.12.

Figura 6.12 Evolución de las notificaciones de legionelosis. Extremadura. 2000-2011



Fuente: INE. Enfermedades de Declaración Obligatoria.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

6.5.- SEGURIDAD QUÍMICA

Los productos químicos forman parte de nuestra vida cotidiana, si bien no podemos ignorar que muchos de estos productos (sobre todo cuando se usan de modo incorrecto) pueden suponer un riesgo para nuestra salud.

Aproximadamente un millar de nuevos productos químicos se incorporan al mercado cada año. El incremento observado en el número de compuestos y en su fabricación se traduce en un aumento en el almacenamiento, transporte, manipulación, uso y desecho de los mismos.

No sólo el personal que manipula los productos químicos se expone al riesgo, si no que una manipulación o uso inadecuado de los mismos puede afectar considerablemente a la salud de las personas y al medio ambiente (el agua, los alimentos, los recursos hídricos, la fauna, y la flora).

El campo de los productos químicos es extenso y complejo, y está regulado por diversa normativa, entre la que cabe destacar la incorporación de dos Reglamentos europeos, de gran importancia para todo el ámbito de los químicos y que son:

- Reglamento (CE) Nº 1907/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 18 de diciembre, relativo al registro, la evaluación, la autorización y la restricción de sustancias y preparados químicos (REACH: System of Registration, Evaluation and Authorisation of Chemicals).

- Reglamento (CE) Nº 1272/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre, sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias y mezclas (CLP: Classification, Labelling and Packaging).

Además, dentro de los químicos, se puede identificar un sector muy específico y de marcado carácter ambiental y medio ambiental, como son los biocidas (plaguicidas de uso no agrícola) y los plaguicidas (de uso ganadero y fitosanitario), que cuentan con normativa particular.

6.5.1.- Vigilancia y control de productos químicos

Con el objetivo de reducir los efectos que causa la exposición a productos químicos sobre la salud humana y fomentar el cumplimiento de la normativa vigente mediante actuaciones de vigilancia, control y difusión de la información, la Dirección General de Salud Pública del SES, en desarrollo de su competencia de vigilancia y control de la comercialización de productos químicos en el territorio de la Comunidad Autónoma de Extremadura, programa y coordina actividades de control oficial, encaminadas a:

- Elaborar un censo de empresas implicadas en la cadena de comercialización de ciertas sustancias y mezclas químicas.
- Controlar las sustancias y mezclas químicas en establecimientos o actividades del ámbito ambiental.
- Gestionar alertas de sustancias y mezclas químicas, a través del Sistema de Intercambio Rápido de Información de Productos Químicos (SIRIPQ).
- Participar en programas o proyectos europeos de verificación de la implementación de la normativa en materia de seguridad química (Red CLEEN: Chemical Legislation European Enforcement Network, Red Europea de Ejecución de la Legislación Química).

En relación a dichas actividades y conforme a los datos de 2011, se observa que:

El censo de empresas que fabrican, envasan, almacenan, distribuyen y/o comercializan productos químicos, no biocidas, refleja la existencia de 820 tipos de actividades dentro de la cadena comercial, y que se identifican como, tabla 6.5:

Tabla 6.5 **Censo de empresas que fabrican, envasan, almacenan, distribuyen y/o comercializan productos químicos, no biocidas . Extremadura. 2011**

Total actividades	Fabricación	Envasado	Almacenamiento	Distribución y venta	Venta especializada
820	40	12	317	159	496

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Dentro de las actividades de ámbito ambiental, se puede indicar como referencia, el control realizado sobre las sustancias o productos usados en las piscinas de uso colectivo. Tabla 6.6.

Tabla 6.6 **Control sobre las sustancias o productos usados en las piscinas de uso colectivo. Extremadura. 2011**

Productos deficientes	No homologado	Envasado deficiente	Etiquetado deficiente	FDS deficiente
141	12	2	40	105

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Durante el año 2011 se produjeron 4 alertas SIRIPQ que se asociaron a Extremadura, de las cuales solamente una afectaba realmente a esta Comunidad Autónoma. En este caso se detectaron deficiencias graves en el etiquetado, FDS, clasificación e irregularidades en la comercialización de una serie de productos químicos distribuidos por una empresa de la comunidad.

Tabla 6.7 **Programas o proyectos europeos sobre cumplimiento de la normativa en materia de sustancias y mezclas químicas 2000-2012**

Año	Nombre	Finalidad
2000	EUROCAD	Control del cadmio para uso industrial
2006	e-COMMERCE	Control del comercio electrónico de productos químicos
2008	EUROBIOCIDES	Control del cumplimiento de comercialización de productos biocidas
2009	REACH-EN-FORCE-1	Control del cumplimiento de pre-registro y registro REACH, por parte de empresas fabricantes e importadoras
2011	REACH-EN-FORCE-2	Control del cumplimiento REACH y CLP, por usuarios intermedios (formuladores)
2012	EURODETER	Control del cumplimiento reglamento DETER

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

6.5.2.- Uso de plaguicidas

La prevención o eliminación de la presencia de agentes molestos o dañinos para el desarrollo de ciertas actividades económicas y sobre todo, para la salud, implica el uso de sustancias para la lucha contra los organismos nocivos y sus plagas, práctica que ha generado un amplio sector industrial, dedicado a la elaboración, comercialización y aplicación de productos plaguicidas. Sin embargo, este uso puede conllevar a su vez riesgos para la salud y el medio ambiente.

Los plaguicidas, bien de uso ganadero y fitosanitario, o los de uso no agrícola o biocidas, cuentan con normativa propia y por tanto, para su comercialización y aplicación, se deben cumplir una serie de requisitos.

Plaguicidas no agrícolas o biocidas

Son sustancias activas y preparados que, presentados en la forma en que son suministrados al usuario, contienen una o más sustancias activas, destinadas a destruir, contrarrestar, neutralizar, impedir la acción o ejercer un control de otro tipo sobre cualquier organismo nocivo por medios químicos o biológicos.

Aquellas empresas, que fabriquen, formulen, envasen, almacenen o comercialicen ciertos tipos de biocidas, así como aquellas dedicadas a la aplicación de estos tipos biocidas en tratamientos de uso ambiental, en industria alimentaria o prevención de *Legionella*, se deben inscribir en el Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Plaguicidas (ROESP), adscrito a la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural Medio Ambiente y Energía.

En el año 2011, las empresas inscritas en el ROESP han sido: 57 empresas de aplicación de tratamientos a terceros, y 26 establecimientos biocidas.

Plaguicidas agrícolas fitosanitarios

El uso de plaguicidas agrícolas fitosanitarios es muy importante en Extremadura, debido a la importancia económica de la agricultura. De ellos, son los herbicidas los productos más utilizados, seguidos de fungicidas, insecticidas, fitorreguladores, etc.

Durante el año 2011 se vendieron en Extremadura un total de 5.514,7 toneladas de plaguicidas agrícolas fitosanitarios (el 6,2% del total de ventas en España), de las que 2.082,2 fueron de herbicidas, 2.024,1 de insecticidas, acaricidas y nematicidas, 1.109,5 fungicidas, y 298,9 de productos varios.

La formación del personal que aplica plaguicidas fitosanitarios, se realiza por el Servicio de Formación del Medio Rural, de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía, directamente o a través de entidades colaboradoras formativas.

6.6.- CALIDAD DEL AIRE AMBIENTE

La correcta gestión de la calidad del aire repercute en la mejora de la sanidad pública, generando bienestar económico y social, ya que la contaminación del aire está directamente relacionada con el aumento de pacientes ambulatorios relacionados con enfermedades respiratorias y cardiovasculares, y el incremento de admisiones hospitalarias y de mortalidad (*Bastos et al. 2011*).

En el año 2011 se aprobó el Real Decreto 100/2011, de 28 de enero, por el que se actualiza el catálogo de actividades potencialmente contaminadoras de la atmósfera y se establecen las disposiciones básicas para su aplicación (en base a lo contenido en el anexo IV de la Ley 34/2007, de 15 de noviembre, de calidad del aire y protección de la atmósfera), y donde se establecen disposiciones básicas de aplicación, y criterios mínimos comunes para las medidas de control de emisiones que puedan adoptar las CCAA en actividades incluidas en el catálogo.

La Red Extremeña de Protección e Investigación de la Calidad del Aire (REPICA), es una red de estaciones ubicadas a lo largo de la geografía extremeña que poseen un sistema de detección de los niveles de inmisión de los principales contaminantes para la vigilancia e investigación de la calidad del aire. Esta red cuenta con seis unidades fijas en el entorno urbano (Cáceres, Badajoz, Mérida, Plasencia y Zafra), y rural (Monfragüe), dos unidades móviles, un centro de proceso de datos, dos laboratorios analíticos y tres paneles informativos ubicados en Badajoz, Cáceres y Mérida.

Para el cumplimiento de la Directiva 2008/50/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 21 de mayo de 2008, relativa a la calidad del aire y a una atmósfera mas limpia en Europa, y del Real Decreto 1073/2002, de 18 de octubre, sobre evaluación y gestión de la calidad del aire ambiente, en Extremadura se monitorizan los principales parámetros de calidad del aire, y en base a los resultados se puede considerar que tiene una calidad de aire muy buena, siendo considerada como una de las regiones europeas con mejor calidad ambiental, pues casi nunca se han superado los valores límites de protección de la salud[1].

[1] *Los valores límites para la protección de la salud humana son:*
-monóxido de carbono CO: 10 mg/m^3 (máxima diaria de las medias móviles octohorarias)
- dióxido de azufre SO_2: 350µg/m^3 (no superable en más de 24 ocasiones por año en una media de 1 hora) o 125 µg/m^3 (no superable en más de 3 ocasiones al año en una media de 1 día)
-ozono troposférico: se establece como valor objetivo, no superar más de 25 días por año 120 µg/m^3, promediados en un período de tres años (máxima diaria de las medias móviles octohorarias).
-dióxido de nitrógeno NO_2: se establece como valor objetivo niveles límites de concentración de 40 µg/m^3 en un período medio de un año
-benceno C_6H_6: 5 µg/m^3 en un período medio de un año
-partículas PM_{10}: 50 µg/m^3 en un período medio de 1 día, que no podrá superarse mas de 35 veces en un año; y 40 µg/m^3 en un período medio de un año

En base a los datos de niveles de concentración y registro de los parámetros de calidad del aire, durante el año 2011:

- los niveles de concentración promedio de monóxido de carbono están por debajo del límite de protección de la salud
- los valores registrados de concentración de dióxido de azufre se encuentran por debajo del límite establecido
- se observa una bajada considerable del número de superaciones del valor objetivo del ozono troposférico, salvo en Cáceres, que se registraron 99 superaciones del valor de máxima diaria de las medias móviles octohorarias;
- no se ha registrado ningún valor promedio de dióxido de nitrógeno, que supere el límite de protección de la salud;
- las concentraciones de benceno se encuentran por debajo del límite;
- no se ha registrado ningún valor promedio de partículas PM_{10} que supere el límite de protección de la salud en el período medio de un año. Tabla 6.8.

Tabla 6.8 **Niveles de concentración y registro, de los principales parámetros de calidad del aire en Extremadura. Año 2011**

Unidad	CO (mg/m^3)	SO_2* ($\mu g/m^3$)	Ozono**($\mu g/m^3$)	NO_2 ($\mu g/m^3$)	C_6H_6($\mu g/m^3$)	PM_{10}***($\mu g/m^3$)	
Cáceres	0,1	1,8	99	14,0	0,36	14,2	0
Badajoz	0,1	2,0	17	9,8	0,66	16,2	2
Mérida	0,4	1,1	14	8,7	0,59	19,7	14
Zafra	0,3	2,5	24	5,8	0,36	15,2	3
Plasencia	0,4	0,8	19	10,0	0,083	13,7	0
Monfragüe	0,1	1,9	22	7,1	0,27	12,7	2

*en una hora. **superaciones de valor máximo diario (valor objetivo) de las medias móviles octohorarias.
***valor promedio, y número de superaciones de valor medio diario.
Fuente: Consejería de Agricultura, Desarrollo rural, Medio Ambiente y Energía. Informe Ambiental de Extremadura.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

6.7.- RADIOLOGÍA AMBIENTAL

Entre los objetivos básicos de la vigilancia radiológica ambiental se encuentra el de detectar la presencia y vigilar la evolución de parámetros radiológicos, así como los niveles de radiaciones ionizantes que pudieran afectar al medio ambiente la salud de las personas y sus bienes. Para ello se analizan las causas de los posibles incrementos, y se estima el riesgo radiológico potencial para la población, para determinar en su caso, la necesidad de tomar medidas en protección radiológica.

6.7.1.- Red de Alerta Radiológica de Extremadura

La protección radiológica de la población extremeña se encuentra vertebrada en dos áreas de intervención diferentes, la Red de vigilancia de ámbito nacional, y la Red de Vigilancia Radiológica Ambiental de Extremadura:

-Red de vigilancia de ámbito nacional. Constituida a su vez por:

- La Red de Vigilancia Radiológica Ambiental (REVIRA), que tiene como objetivo el control y vigilancia radiológica del medio ambiente en toda España. Está constituida por 27 Estaciones de seguimiento que permiten conocer los niveles de la actividad radiactiva en aire.

- La Red de Estaciones de Muestreo (REM), cuyo objetivo es la detección de bajas dosis radiactivas y su impacto sobre el medio ambiente y la salud. La Red está integrada por 25 Laboratorios de Radiactividad Universitarios, que realizan determinaciones radiactivas sobre aerosoles, aguas potables, aguas superficiales, leches, huevos, peces, y su impacto sobre vías críticas de ingestión y organismos bioindicadores.

-Red de Vigilancia Radiológica Ambiental de Extremadura. Es la encargada de cumplir una segunda función como es la de Alerta Radiológica en caso de alteraciones e incidencias radiológicas en el medio.

Su gestión la realiza la Dirección General de Medio Ambiente de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía, conjuntamente con el Consejo de Seguridad Nuclear y el Departamento de Física Aplicada (Laboratorio de Radiactividad Ambiental de la UEX, acreditado por ENAC).

La Red, que cuenta con la Certificación de Calidad ISO 9001, sello AENOR y IQNET, dispone de 11 estaciones de muestreo en continuo en aire, y dos en aguas de la cuenca del Río Tajo, que proporcionan información de los niveles de dosis radiactivas recibidas tanto por la población como por el medio ambiente.

Durante el año 2011 se han registrado en la Red de alerta un total de 10,89 millones de datos procedentes de las poblaciones controladas del entorno de la C.N. de Almaraz, no habiéndose superado, al igual que en el año 2010, el límite legal permitido según el Reglamento de protección sanitaria contra radiaciones ionizantes. Además, los niveles de actividad detectada en agua a la salida del embalse de Arrocampo, de yodo-131 y cesio-137, se encuentran entre 1.000 a 10.000 veces inferiores a los valores paramétricos de referencia del Control de Radiactividad en agua de consumo humano.

6.7.2.- Plan de Vigilancia Radiológica Ambiental (PVRA)

El Plan de Vigilancia Radiológica Ambiental es complementario a la red de alerta radiológica y su función es verificar de forma experimental la incidencia que pudieran tener los efluentes radiactivos en el medio ambiente, usando bioindicadores y vías de entrada de radioisótopos a los seres vivos, permitiendo efectuar una diagnosis y cuantificación de la degradación radiológica de los ecosistemas afectados por instalaciones del ciclo de combustible nuclear y su inter-comparación con los datos obtenidos por el Consejo de Seguridad Nuclear.

Durante el primer semestre de 2011, en ninguna de las muestras analizadas en la atmósfera o en productos de consumo, de niveles radiactivos artificiales de tritio, estroncio, yodo y cesio, se alcanzó el límite legal permitido de exposición a radiación.

Durante el año 2011 se han analizado las actividades de tritio (isótopo radiactivo del hidrógeno, emisor puro de radiación β), en la atmósfera de las poblaciones de Almaraz y de Cáceres, poblaciones intercomparadas, que en principio están o no respectivamente bajo la influencia del funcionamiento de la central nuclear de Almaraz, no habiendo detectado actividades superiores al límite de detección del procedimiento sin concentrar electrolíticamente, en la atmósfera de Cáceres. Los valores detectados para tritio en la atmósfera de Almaraz cuadriplican a los obtenidos en la atmósfera de Caceres, aunque son inferiores en tres órdenes de magnitud a los límites máximos permitidos por la legislación vigente. Tabla 6.9.

Tabla 6.9 Resumen de datos de tritio en la atmósfera de Cáceres y Almaraz. 2011

Población	A_e >LID (%)	A_{media} ±S.D. (mBq/m$^{3)}$	$A_{máx}$ (mBq/m$^{3)}$	$A_{mín}$ (mBq/m^{3})
Almaraz	100	80±22	125	37
Cáceres	0	(18±1)*	77**	23***

*A_{media}= (LID_{medio} / 2) ±S.D.; ** $LID_{máximo}$; ***$LID_{Mínimo}$
Fuente: Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía. Informe Ambiental de Extremadura.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

6.7.3.- Pórticos de radiaciones

Durante el año 2011 se han instalado y puesto en funcionamiento en Extremadura, seis pórticos radiológicos para la detección de radiaciones ionizantes en seis Centros de Reciclaje y Valoración de Residuos (Ecoparques), y que se encargan de la localización y aislamiento de los materiales radiactivos de desecho mezclados con los residuos domiciliarios recibidos.

Desde su puesta en funcionamiento, y hasta octubre de 2012, se han detectado 52 incidencias o anomalías radiológicas en los Ecoparques donde están instalados, distribuidas de la siguiente manera: 17 incidencias en Badajoz, 4 en Mérida, 1 en Villanueva, 27 en Cáceres, 3 en Mirabel, y 0 en Talayuela, y con diferentes niveles de fondo radiactivo ambiental detectados.

6.8.- RESIDUOS

La Ley 22/2011, de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados, promueve la implantación de medidas de prevención, reutilización, y reciclado de residuos conforme a lo establecido en la Directiva marco de Residuos 2008/98/CE del Parlamento Europeo, además de aspirar a aumentar la transparencia y eficacia ambiental y económica, y a promover la innovación en la prevención y gestión de residuos.

6.8.1.- Residuos domésticos

Los residuos domésticos son los residuos generados en hogares, servicios e industrias, como consecuencia de las actividades domésticas. Se incluyen también, aparatos eléctricos y electrónicos, ropa, pilas, acumuladores, muebles y enseres, residuos y escombros de obras menores de construcción y reparación domiciliaria. También lo son los residuos procedentes de limpieza de vía pública, zonas verdes, áreas recreativas y playas, animales domésticos muertos y vehículos abandonados. La función de recogida, transporte y tratamiento de estos residuos es asumida por el Gobierno de Extremadura.

La red extremeña de plantas de tratamiento de residuos sólidos (ecoparques), consta de 7 centros: Mérida, Mirabel, Talarrubias, Badajoz, Navalmoral de la Mata, Villanueva de la Serena, y Cáceres.

En Extremadura se generaron 1,25 Kg/hab por día durante el año 2011, un 6,5% menos que en 2010. El volumen total de residuos urbanos fue de 508.407 toneladas, siendo las áreas de gestión de Mérida (21,8%) y Badajoz (22%) las que mayor cantidad de residuos recibieron.

El 83,6% de los residuos urbanos son mezcla de residuos municipales, seguidos de los residuos de recogida selectiva (11,31%): voluminosos, papel y cartón, envases ligeros, vidrio, aparatos eléctricos y electrónicos, aceite vegetal, medicamentos y pilas; y de los residuos de pequeñas empresas (5%).

Durante el año 2011 se recuperaron 213.401 toneladas de materia orgánica de los residuos municipales (un 3,2% menos que en 2010), se eliminaron en vertederos 318.489 toneladas de residuos (un 4,2% menos que en 2010), y se depositaron 85.242 toneladas de residuos biodegradables (un 6% menos que en 2010, y cumpliendo los objetivos marcados en el R.D. 1481/2001, de 27 de diciembre, por el que se regula la eliminación de residuos mediante depósito en vertedero).

Durante el año 2011 se construyeron 42 nuevos Puntos Limpios o contenedores específicos, en zonas urbanas o periurbanas, y destinados a la recogida selectiva de aquellos residuos asimilables a urbanos, que requieren una recogida y tratamiento especializado, conforme a los requisitos del Decreto 213/2009, de 18 de septiembre.

6.8.2.- Residuos peligrosos

Durante el año 2012 se ha continuado con el proceso de regularización de actividades productoras de residuos peligrosos, gracias a la vigilancia y control desde las administraciones públicas, y a la implantación voluntaria de sistemas de gestión ambiental en las empresas.

Tanto el número de productores de residuos peligrosos, como el de pequeños productores (aquellos que generan o importan menos de 10.000 Kg/año de residuos peligrosos) ha aumentado en 2012 con respecto al año anterior.

En 2011 la cantidad de residuos peligrosos declarados fue de 55.889,92 toneladas, un 20,5% más que en 2010. Tabla 6.10.

Tabla 6.10 **Evolución de la cantidad de residuos peligrosos declarados en Extremadura. 2004-2011**

Toneladas Residuos	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	24.819,3	32.958,4	37.037,6	37.030,8	47.125,0	39.240,6	46.387,9	55.889,9

Fuente: Consejería de Agricultura, Desarrollo rural, Medio Ambiente y Energía. Informe Ambiental de Extremadura.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

El artículo 8 del R.D. 679/2006, de 2 de junio, regula la gestión de aceites industriales usados. Las toneladas de aceite recogidas por la empresas adheridas a los sistemas integrados de gestión, han disminuido un 44,21% en 2011 con respecto al año anterior, pasando de 2,5 millones de Kg a 1,3 millones de Kg.

6.8.3.- Residuos sanitarios

La norma que regula de modo singular los residuos sanitarios en Extremadura es el Decreto 141/1998, de 1 de diciembre, por el que se dictan normas de gestión, tratamiento y eliminación de residuos sanitarios y biocontaminados.

En Extremadura se generaron 2.409,92 toneladas de residuos sanitarios en el año 2011, estando garantizada la gestión de los mismos, tanto en el sistema sanitario, como en clínicas privadas.

Más del 90% de los residuos generados, son residuos cuya recogida y eliminación es objeto de requisitos especiales para prevenir infecciones; el 10% restante proviene de medicamentos cititóxicos y citostáticos, y de productos químicos que contienen sustancias peligrosas, tanto de humanos como de animales.

6.8.4.- Otros residuos

Otros tipos de residuos producidos y gestionados en Extremadura son los de:

- construcción y demolición (Decreto 20/2011, de 25 de febrero, que regula la producción y gestión de los residuos de construcción y demolición)
- envases fitosanitarios (sistema Integrado de gestión SIGFITO)
- plásticos de uso agrario (recogidos por las Cooperativas Agroalimentarias de Extremadura)
- pilas y acumuladores (con tres sistemas integrados ECOPILAS, ERP ESPAÑA y ECOLEC)
- lodos de depuradora de aguas residuales
- suelos contaminados
- vehículos al final de su vida útil (a través de los centros CAT en Extremadura, y conforme al R.D. 1383/2002, de 20 de diciembre)
- neumáticos fuera de uso (sistemas integrados de gestión SIGNUS y TNU)
- aparatos eléctricos y electrónicos (autorizados nueve sistemas integrados, en el marco del R.D. 208/2005, de 25 de febrero)
- PCB (policlorobinfenilos) y PCT (policloroterfenilos), en base al R.D. 1378/1999, de 27 de agosto, y modificado por el R.D. 228/2006, de 24 de febrero.

7. - SEGURIDAD ALIMENTARIA

7.1.- BROTES EPIDÉMICOS DE ETIOLOGÍA ALIMENTARIA (TIAs)

Durante el año 2011 se notificaron 28 brotes a la Red de Vigilancia Epidemiológica de Extremadura, de los cuales el 64,29% (18 brotes) fueron enfermedades transmitidas por alimentos.

Se considera brote de enfermedad transmitida por alimentos:
- La aparición de dos o más casos de una enfermedad, transmisible o no, en la que se observa una relación con la ingesta de un alimento o bebida común (mecanismo de transmisión e incluso fuente), estableciendo una relación entre los casos, en términos epidemiológicos, de tiempo, lugar y persona.
- La aparición de un solo caso de botulismo, triquinosis, intoxicación por setas, enfermedad paralítica por moluscos, tuberculosis de origen bovino, brucelosis, encefalopatía espongiforme humana, y cualquier otra enfermedad, transmisible o no, que no es habitual en la comunidad y que esté relacionada con el consumo de alimentos.

Los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos se clasifican en familiar (consumo o distribución sólo en domicilio o entorno familiar), colectivo (consumo en un comedor colectivo), y comunitario (distribución y/o consumo en diferentes lugares).

De los 18 brotes notificados, estos lo fueron principalmente durante los meses de primavera-verano, siendo el lugar de contaminación por TIA colectiva del 33,33% en residencias de ancianos, seguido del 22,22% en restaurantes. En total enfermaron 386 personas, con una media de 22,71 personas enfermas por brote y una desviación típica de 25,66; no llegando a requerir ningún paciente atención especializada, ni producirse defunción alguna.

En el 44,44% de las TIAs no se determinó el patógeno. En el 11,11% de las TIAs se aisló la salmonella spp, s. enteritidis y novorius. El alimento más implicado en la incidencia fue desconocido en el 77,22% de los casos, y en el resto lo fueron postres preparados con huevos.

Entre los factores contribuyentes a la aparición de brotes se encuentran principalmente las prácticas de manipulación incorrectas, seguidas de la contaminación por una persona infectada, de la adición de sustancia química tóxica, del consumo de alimentos crudos, de la Educación sanitaria, y del uso de utensilios contaminados, si bien en el 55,56% de los brotes se desconocían los factores.

7.2.- ALERTAS ALIMENTARIAS

La gestión de la red de alerta alimentaria se efectúa a nivel nacional a través del Sistema Coordinado de Intercambio Rápido de Información (SCIRI).

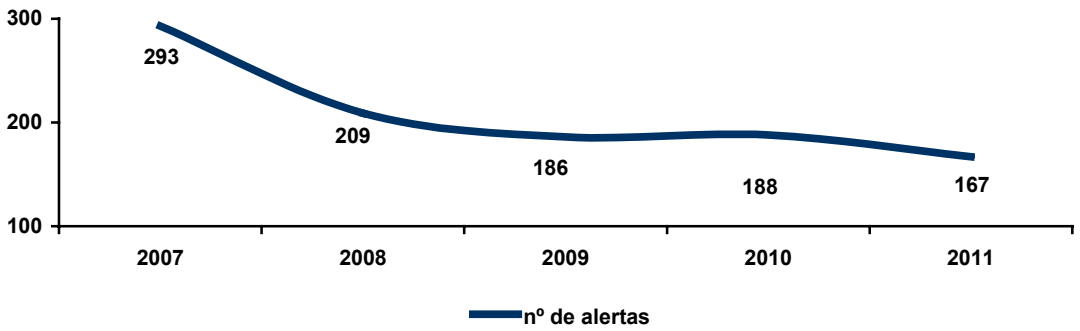
La base legal de funcionamiento del sistema es el artículo 50 del Reglamento (CE) 178/2002 del Parlamento Europeo y del Consejo de 28 de enero de 2002, por el que se establecen los principios y los requisitos generales de la legislación alimentaria, se crea la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria y se fijan procedimientos relativos a la seguridad alimentaria, y el Reglamento (UE) 16/2011 de la Comisión por el que se establecen medidas de ejecución del Sistema de Alerta Rápida para los Productos Alimenticios y los Alimentos para Animales.

En el año 2007 se comenzó a desarrollar el denominado Sistema de Información de Gestión de Alertas y Control Oficial (ALCON), a través de esta nueva aplicación se realiza la gestión informatizada de las alertas vía electrónica con las CCAA. En Extremadura se puso en marcha el Procedimiento de Atención de las Alertas y Prealertas Alimentarias en Extremadura (Gestión de las notificaciones).

En el año 2011, se han gestionado a través del SCIRI, un total de 1.718 notificaciones de alerta/ información relativas a productos alimenticios, de los cuales 1.551 corresponden a información y 167 a alertas.

Al observar la evolución del número de expedientes gestionados como alertas, se aprecia un claro descenso de los mismos a lo largo de este período, ya que el aumento de dos notificaciones en el año 2010 con respecto al año 2009 no se considera significativo. Figura 7.1.

Figura 7.1 **Evolución del número de alertas relativas a productos alimenticios a través del SCIRI. Extremadura 2007-2011**



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

La distribución de las 167 notificaciones clasificadas como "alerta" se corresponde a:

a) un 40% del Grupo 1º, con un riesgo grave e inmediato que se dividen en:
   - 60% de nivel I, con origen español
   - 40% de nivel II, con destino España. En este caso, el 66% proceden de Estados Miembros mientras que el 33% restante proceden de países terceros.

b) un 60% del Grupo 2º, con un riesgo grave no inmediato que se dividen en:
   - 55% de nivel III, con origen español
   - 45% de nivel IV, con destino España. En este caso, el 51% proceden de Estados Miembros mientras que el 49% restante proceden de países terceros

El 48% de productos involucrados se corresponde a productos de origen animal, el 42% a productos de origen vegetal, el 8% a materiales en contacto con alimentos y el 2% a otros productos. De los riesgos detectados en las notificaciones de alerta, el 28% se corresponde a riesgos biológicos, el 53% a riesgos químicos, el 8% a riesgos físicos y el 11% a otros riesgos.

Resultados del SCIRI, en Extremadura:

Del total de 167 notificaciones de alerta gestionadas, 22 de ellas (el 13%) afectaban directamente a Extremadura por ser destinataria de los productos alertados. Su distribución según el tipo de riesgo es:

1.- El 73% se debe a riesgos químicos, continuando la tendencia ascendente de años anteriores. Se gestionaron 16 notificaciones siendo sus causas la presencia de oro y plata (un 50%), aditivos prohibidos o por encima del límite máximo permitido (un 19%), migración de materiales en contacto con alimentos (12,5%), metales pesados (un 6,5%), PCB's y dioxinas (un 6,5%), y toxinas fúngicas (un 5,5%).
2.- El 9% se debe a riesgos biológicos. Se gestionaron 2 notificaciones siendo sus causas presencia de salmonella y e. coli al 50%
3.- El 4% se debe a riesgos físicos. Se ha gestionado 1 notificación debida a presencia de fragmentos de vidrio
4.- El 14% se debe a otros riesgos. Se gestionaron 3 notificaciones siendo sus causas defectos de etiquetado en un 65% y la presencia de OMG no autorizados en un 35%.

La distribución de las notificaciones de alerta (22) según el producto involucrado, es:

A.- En el 73% están implicados productos de origen vegetal (edulcorantes naturales y derivados, frutos secos, preparados alimenticios especiales, frutas y derivados así como cereales, harinas y derivados en proporción muy similar)
B.- En el 18% están implicados productos de origen animal (leche para lactantes, mariscos, huevos y pescados en igual proporción)
C.- En el 9% están implicados materiales en contacto con alimentos

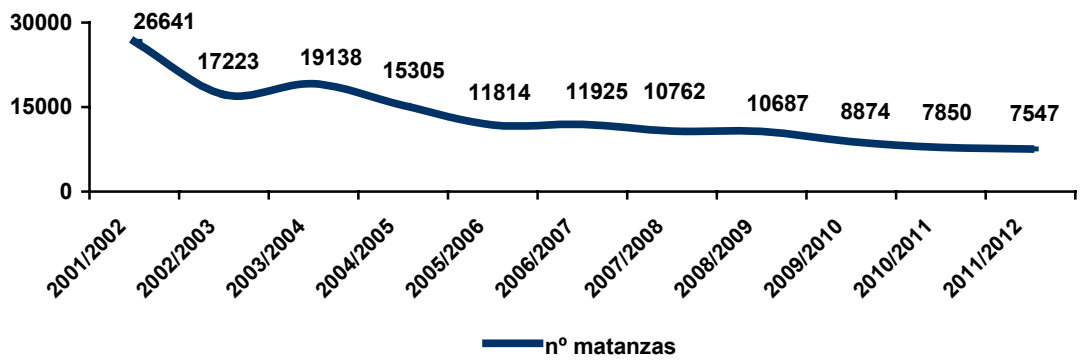
7.3.- INVESTIGACIÓN DE AGENTES ZOONÓTICOS

7.3.1.- Matanzas Domiciliarias

El sacrificio de cerdos en régimen de matanza domiciliaria para el abastecimiento familiar de carne y productos cárnicos sigue constituyendo una tradición arraigada en Extremadura, organizándose cada año campañas para el desarrollo de este tipo de sacrificios, comprendidas entre los meses de noviembre y marzo del año siguiente. Con el fin de establecerse ciertas normas para la ejecución de estas campañas, se desarrolló el Decreto 214/2000 (modificado por el Decreto 14/2006).

Los datos expuestos se refieren únicamente a los derivados de los controles sanitarios efectuados por los Servicios Veterinarios Oficiales de los E.A.P. sin contabilizar los realizados por profesionales de veterinaria con ejercicio libre de la profesión. Se observa una clara tendencia a la disminución, en el número de matanzas domiciliarias celebradas. En la campaña 2011/2012 se celebraron 7.547 matanzas, un 36,71% menos que en la campaña 2006/2007. Figura 7.2

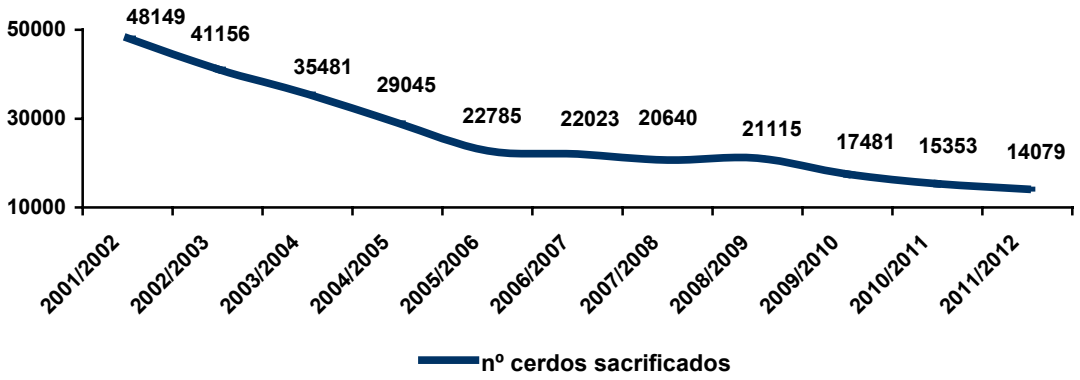
Figura 7.2 Evolución del número de matanzas domiciliarias celebradas en Extremadura. Período 2001/2002- 2011/2012



Fuente y elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.

En la campaña 2011/2012 se sacrificaron un total de 14.079 cerdos, un 32% menos que en la campaña 2006/2007. Figura 7.3

Figura 7.3 Evolución del número de cerdos sacrificados en Extremadura. Período 2001/2002- 2011/2012

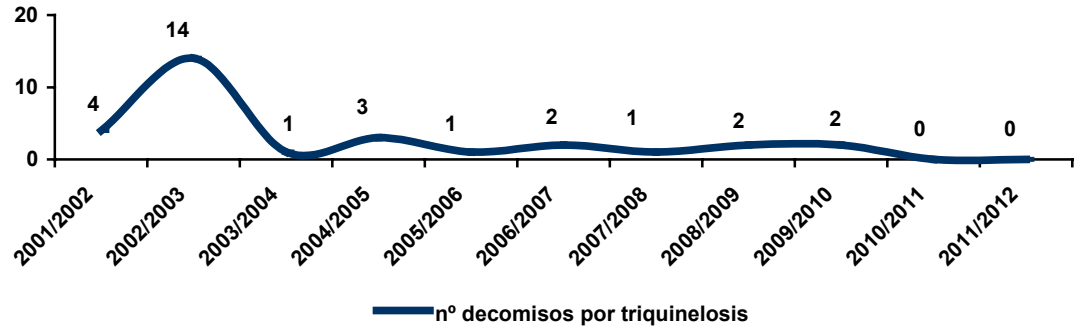


Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

7.3.1.1.- Decomisos totales:

Durante la campaña 2011/2012 los Servicios Veterinarios Oficiales realizaron 7 decomisos totales (0,05 % sobre el total de animales sacrificados), 1 más que en la campaña anterior, de los cuales 2 se corresponden con hidatidosis y 5 con tuberculosis. No se llevó a cabo ningún decomiso por triquinelosis. Figura 7.4.

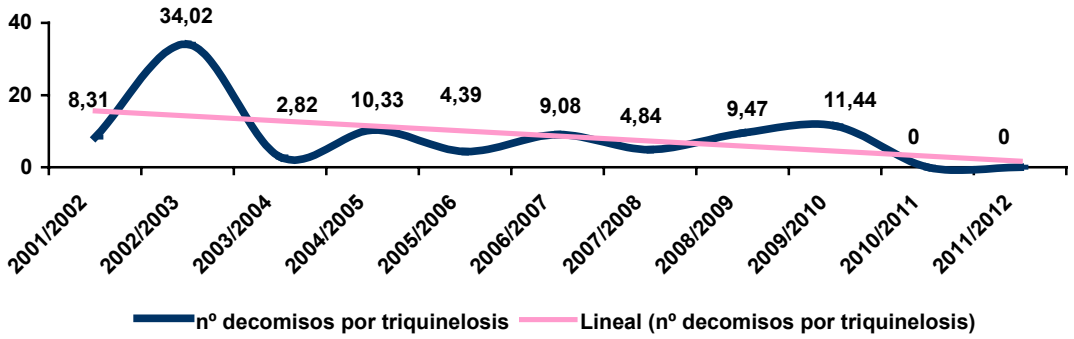
Figura 7.4 Evolución del número de decomisos totales por triquinelosis. Período 2001/2002- 2011/2012



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

Durante el periodo comprendido entre las campañas 2001-2002 al 2011-2012 se determina una incidencia acumulada de 1,14 decomisos por triquinelosis, por cada 1.000 cerdos sacrificados en régimen de matanza domiciliaria. Figura 7.5

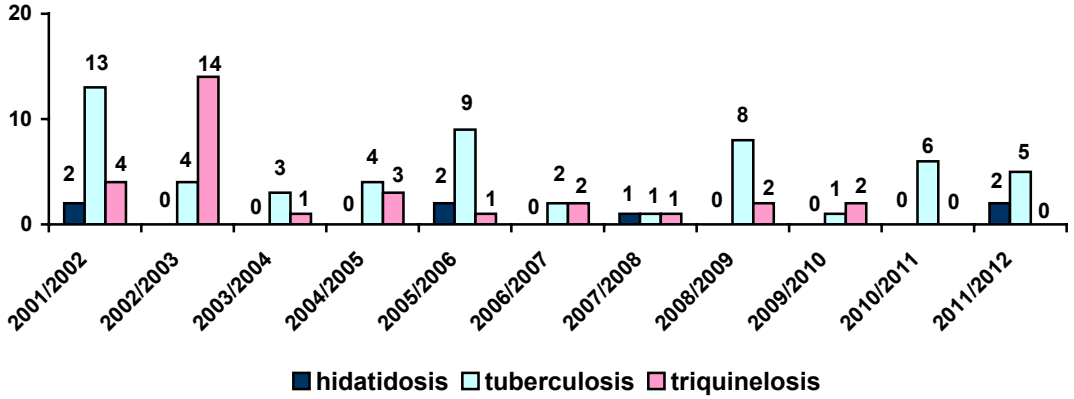
Figura 7.5 Evolución de la tasa de incidencia por triquinelosis. Período 2001-2012



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

En los últimos años, la principal causa de decomisos totales en cerdos sacrificados, ha sido la tuberculosis. Figura 7.6.

Figura 7.6 Evolución de las principales causas de decomisos totales. Extremadura. Período 2001/2002- 2011/2012

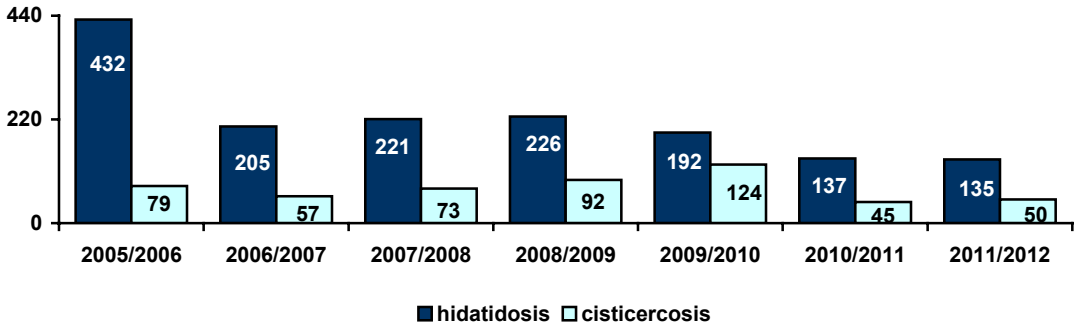


Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

7.3.1.2.- Decomisos parciales:

En la campaña 2011/2012 se realizó algún decomiso parcial en 679 cerdos, lo que supone un 5 % sobre el total de animales sacrificados. De éstos, las más frecuentes son: 167 procesos neumónicos, 136 otras parasitosis no generalizadas, 135 hidatidosis, 71 ascaridiosis, 54 causas no determinadas, 33 cisticercosis, 23 abscesos localizados, 23 hemorragia, 17 cisticercosis no generalizadas, 15 tumoración, 3 inflamación, 1 actinomicosis y 1 otras parasitosis generalizadas. Figura 7.7.

Figura 7.7 Evolución de las principales causas de decomisos parciales. Extremadura. Período 2001/2002- 2011/2012



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

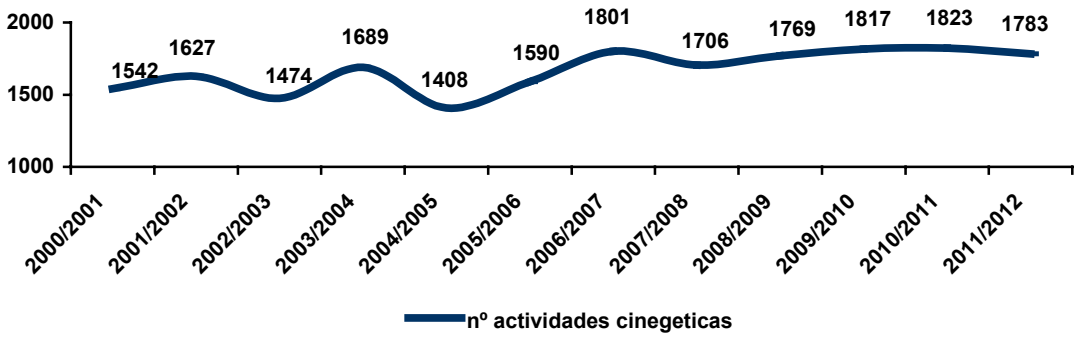
7.3.2.- Actividades Cinegéticas

En Extremadura la caza constituye una importante actividad social, económica y cultural. Derivados del ejercicio de dicha actividad, se generan, entre otros beneficios, una importante cantidad de carne de especies cinegéticas, que en su mayor parte, es destinada a comercialización a través de establecimientos de manipulación autorizados. Una pequeña parte de dicha producción se destina a ser consumida por el propio cazador.

La vigilancia y el control sanitario de las piezas de caza silvestre abatidas en actividades cinegéticas, tanto de caza mayor, como menor, destinadas al consumo humano, está regulado en Extremadura a través del Decreto 230/2005.

Se observa un repunte durante la campaña 2006/2007 del 13,27 %, que se ha mantenido prácticamente hasta la última campaña celebrada 2011/2012. Si comparamos los datos de toda la década, se ha incrementado de manera global el número de actividades cinegéticas un 15,62%, lo que supone un incremento del 1,42 % en cada campaña. Figura 7.8.

Figura 7.8 Evolución del número de actividades cinegéticas celebradas en Extremadura. Período 2000/2001- 2011/2012

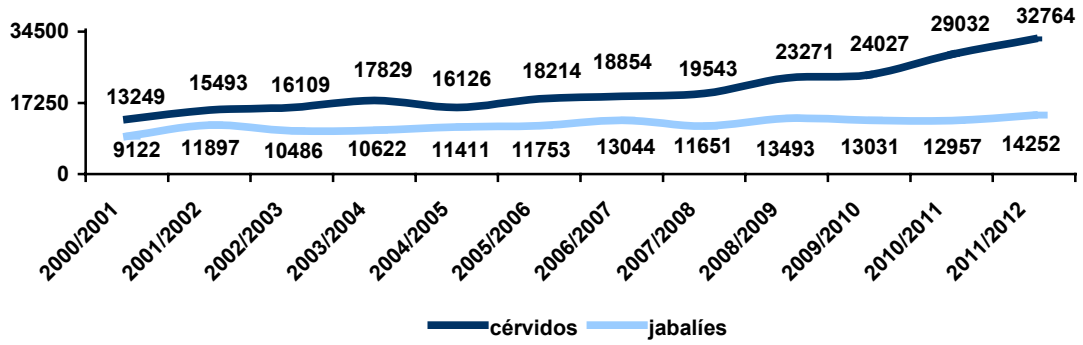


Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES

En la campaña 2011/12 se abatieron un total de 58.297 piezas, de las cuales 47.791 (82%) fueron de caza mayor (30.589 ciervos, 14.252 jabalíes y 2.950 gamos, muflones, corzos, zorros y arruís), y 10.506 (18%) de caza menor (animales de pluma).

En la campaña 2000/01 se abatieron un promedio de 14,50 piezas (cérvidos y jabalíes) por actividad cinegética, aumentando hasta 26,36 en la última campaña 2011/12. Esto supone un incremento global del 81,8 % (7,44 % por campaña). Figura 7.9.

Figura 7.9 **Evolución del número de piezas abatidas en Extremadura. Período 2000/2001-2011/2012**



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

En la campaña 2011/12 de las 58.297 piezas abatidas en Extremadura, se decomisaron totalmente 2.176, de las cuales 2.069 se corresponden con animales de caza mayor y 107 de caza menor, lo que supone un 4% y un 1% del total de piezas abatidas de caza mayor y caza menor respectivamente.

Por especies, se han decomisado totalmente 740 piezas de los 30.589 ciervos abatidos en dicha campaña, lo que supone un 2,42 %, y de los 14.252 jabalíes se han decomisado totalmente 1.240, lo que supone un 8,70 %.

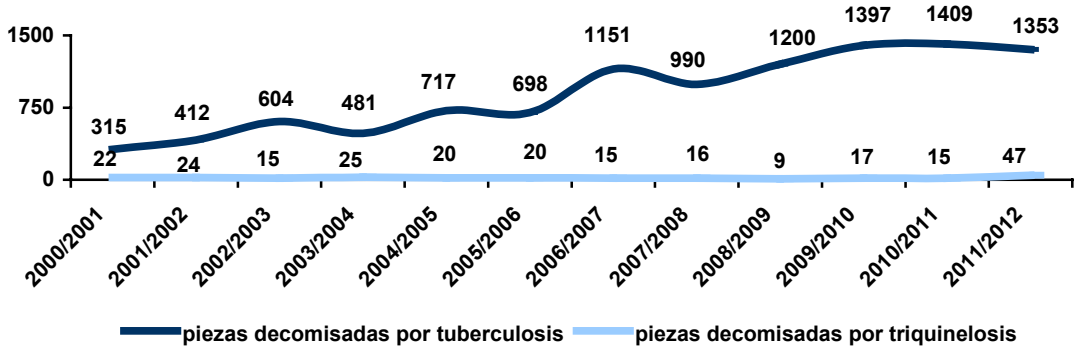
Las causas que motivaron dichos decomisos fueron las siguientes: 1.353 por tuberculosis, 405 por mordeduras de perros, 118 por deterioro generalizado de la canal, 103 por trayectoria de proyectil, 47 por triquinelosis, 35 por caquexia, 26 por abscesos generalizados, 12 por procesos neumónicos, 8 por hemorragias, 6 por abscesos localizados, 3 por parasitosis generalizadas, 3 por tumoración, 1 por inflamación, 1 por estreptococia, 1 por cisticercosis, 1 por septicemia, y 53 por otras causas no determinadas.

Teniendo en cuenta los datos de decomisos totales debidas a zoonosis, se puede destacar la evolución que han sufrido los datos relativos a las dos principales: tuberculosis y triquinelosis.

En la campaña 2000/01 se decomisaron 315 animales por tuberculosis, en la última, 2011/12, se detectaron 1.353 casos. El aumento en 32 casos positivos de triquinelosis en las dos últimas campañas, ha sido debido a que para la obtención de este dato, en la campaña 2011/12, además de los datos registrados por los Servicios Veterinarios

Oficiales en los partes de actividades cinegéticas, se han tenido en cuenta los casos diagnosticados en salas de tratamiento de caza silvestre (tanto ubicadas en Extremadura como los notificados por otras CCAA), en animales procedentes de actividades cinegéticas celebradas en Extremadura. Figura 7.10.

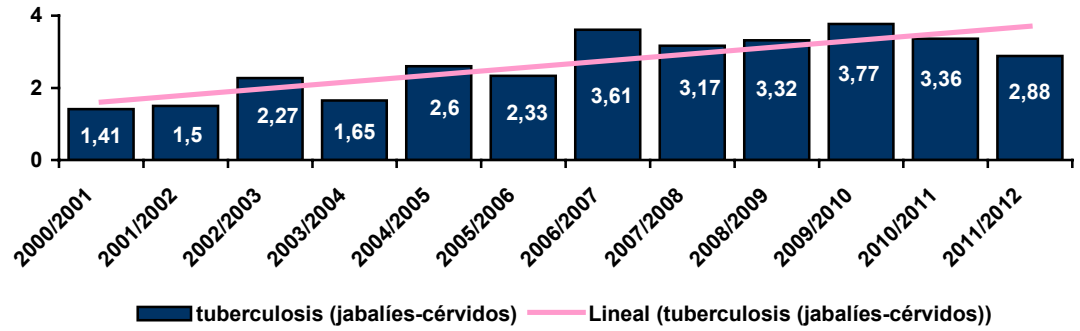
Figura 7.10 Evolución del número de decomisos por tuberculosis y triquinelosis en Extremadura. Período 2000/2001- 2011/2012



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

Estas cifras suponen un aumento en las tasas de incidencia de la tuberculosis del 1,40% al 2,87 % sobre los animales abatidos de caza mayor (jabalíes-cérvidos). Durante todo el periodo se determina una incidencia acumulada de 33,20 decomisos por tuberculosis por cada 100 animales abatidos (jabalíes-cérvidos). Figura 7.11.

Figura 7.11 Evolución de las tasas de incidencia de la tuberculosis (jabalíes-cérvidos) en Extremadura. Período 2000/2001- 2011/2012

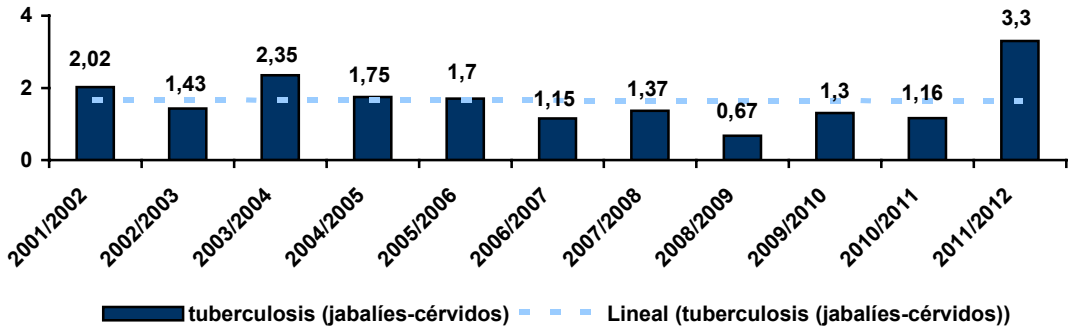


Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

Durante la campaña 2000/01 se decomisaron 22 jabalís por triquinelosis, mientras en la última celebrada, 2011/12, se detectaron 47 casos.

Estas cifras suponen una variación en las tasas de incidencia de la triquinelosis del 2,02 en la campaña 2001/2002, al 3,30 en la campaña 2011/2012. Durante todo el periodo se determina una incidencia acumulada de 20,45 decomisos por triquinelosis por cada 1.000 jabalís abatidos. Figura 7.12.

Figura 7.12 Evolución de las tasas de incidencia de la triquinelosis (jabalíes) en Extremadura. Período 2001/2002- 2011/2012



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

7.3.3.- Mataderos

De los datos de zoonosis obtenidos a raíz de los controles oficiales realizados en los mataderos de Extremadura, se observa que en el año 2011 la mayor parte de los animales sacrificados son pollos de engorde y gallinas. Tabla 7.1.

Tabla 7.1 Zoonosis en matadero (I). Extremadura. 2011

Diagnóstico anatomopatológico. Nº de animales afectados: decomisos totales y/o parciales						
	Pollos de engorde		Gallinas		Equino	
	sacrificios	decomisos	sacrificios	decomisos	sacrificios	decomisos
Tuberculosis	19.629.934	-	7.373.593	-	0	0
Brucelosis		-		-		0
Cisticercosis		-		-		0
Hidatidosis		-		-		0
Triquinelosis		-		-		0
Otras*		-		-		0

*Otras zoonosis: Sarcocistosis, EETs, mal rojo, estreptocias y ascaridiosis.
Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

En el año 2011 se sacrificaron 80.712 bovinos y 1.457 decomisos, 330.999 ovino-caprino y 3.080 decomisos, y 603.811 porcinos y 3.034 decomisos. Tabla 7.2.

Tabla 7.2 Zoonosis en matadero (II). Extremadura. 2011

Diagnóstico anatomopatológico. Nº de animales afectados: decomisos totales y/o parciales						
	Bovino		Ovino-caprino		Porcino	
	sacrificios	decomisos	sacrificios	decomisos	sacrificios	decomisos
Tuberculosis	80.712	345	330.999	0	603.811	62
Brucelosis		90		3		0
Cisticercosis		22		2.065		1.031
Hidatidosis		897		897		1.822
Triquinelosis		-		-		3
Otras*		103		115		116

*Otras zoonosis: Sarcocistosis, EETs, mal rojo, estreptocias y ascaridiosis.
Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

Si comparamos la tabla anterior con la siguiente, podemos observar que en el año 2011 se ha producido una importante disminución en los decomisos por distintas zoonosis, con respecto a los del año 2006. Tabla 7.3.

Tabla 7.3 **Zoonosis en matadero. Extremadura. 2006**

Diagnóstico anatomopatológico. Nº de animales afectados: decomisos totales y/o parciales						
	Bovino		Ovino-caprino		Porcino	
	sacrificios	decomisos	sacrificios	decomisos	sacrificios	decomisos
Tuberculosis	77.287	866	536.851	0	518.727	62
Brucelosis		510		1.089		0
Cisticercosis		0		2.862		1.031
Hidatidosis		1941		15.808		1.822
Triquinelosis		-		-		3
Otras		472		1.560		116

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

Respecto a los datos obtenidos en el año 2006, en el 2011 se puede observar:

1.- disminuciones de las tasas de incidencia del todas las zoonosis salvo en el caso de la cisticercosis,

2.- disminución en la tasa de incidencia de los decomisos por tuberculosis en bovino, variando del 11,2 $^0/_{00}$ en el año 2006, al 4,27 $^0/_{00}$ en el año 2011

3.- disminución importante de la tasa de incidencia de hidatidosis en todas las especies, fundamentalmente en ovinos y caprinos. Tabla 7.4.

Tabla 7.4 **Tasas de incidencia (expresada en casos por cada mil animales sacrificados) de las principales zoonosis en Extremadura. Comparativa 2006-2011**

	Tasas incidencia 2006			Tasas incidencia 2011		
	Bovino	Ovino-Caprino	Porcino	Bovino	Ovino-Caprino	Porcino
Tuberculosis	11,20	0,00	0,00	4,27	0,00	0,10
Brucelosis	6,60	2,03	0,00	1,12	0,01	0,00
Cisticercosis	0,00	5,33	2,26	0,27	6,24	1,71
Hidatidosis	25,11	29,45	3,96	11,11	8,92	3,02
Otras zoonosis	6,11	2,91	5,31	1,28	0,35	0,19
Triquinelosis			0,00			0,005

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

7.4.- CONTROL Y VIGILANCIA DE LAS ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES (EET).

Ante la aparición del primer caso de EEB en España (22 de noviembre de 2000), se publica el Real Decreto 3454/2000, por el que se establece un Programa Integral Coordinado de Vigilancia y Control de las EET de los animales, y en el año 2001, se publica el reglamento 999/2001 que es el marco normativo comunitario que gobierna la prevención, control y erradicación de determinadas EET, que incluyen las medidas relativas a la Encefalopatía Espongiforme Bovina (EEB) y a la Tembladera ó Scrapie.

7.4.1.- Encefalopatía Espongiforme Bovina (EEB)

La EEB, también llamada “enfermedad de las vacas locas”, es una patología degenerativa del cerebro que afecta a los bóvidos. El conocimiento de esta enfermedad en el ganado bovino es bastante reciente, ya que el primer caso reconocido de la enfermedad data de 1986.

En Extremadura, siguiendo los criterios de la Oficina Internacional de Epizootias y en aplicación de la normativa europea, se ha desarrollado el Programa Integral Coordinado de Vigilancia y Control de esta enfermedad. Los casos declarados suman 16, tres de los cuales se declararon durante 2001, ocho en 2002, dos en 2003, dos en 2004,1 en 2006, y ninguno durante los años 2007,2008, 2010 y 2011. Tabla 7.5.

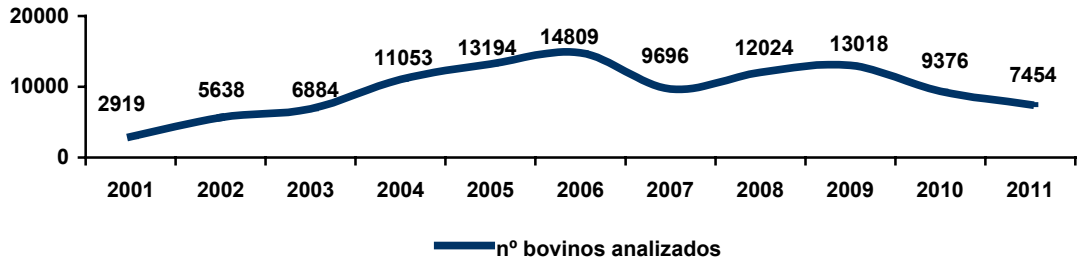
Tabla 7.5 **Evolución del número de casos de EEB en bovinos. España y Extremadura. 2001-2011**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Extremadura	3	8	2	2	0	1	0	0	0	0	0
España	79	119	165	135	98	54	40	25	18	13	7

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

El número de bovinos analizados ha disminuido al aplicarse la 1ª y 2ª hoja de ruta de la Comisión Europea relativa a las EET que elevó las edades de muestreo de los bovinos, al pasar gradualmente la edad común para la realización de test rápidos de 24 meses en 2001 a 72 meses en 2011, mientras que el sacrificio se ha mantenido constante en Extremadura. Figura 7.13.

Figura 7.13 **Evolución del número de bovinos analizados sacrificados con destino al consumo humano.**



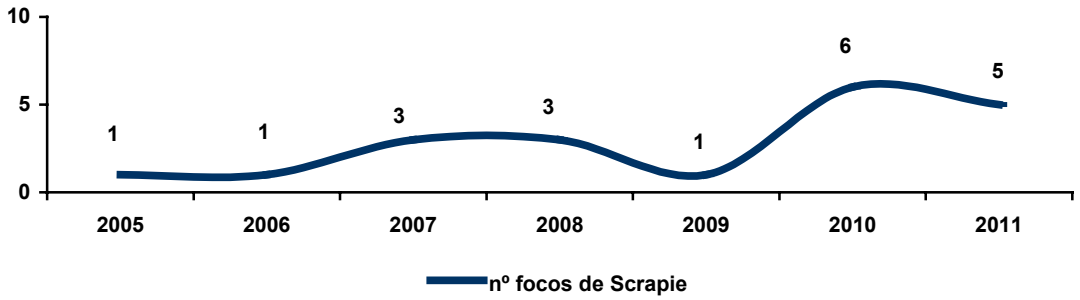
Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

7.4.2.- Control y Vigilancia de la Tembladera (Scrapie)

En los pequeños rumiantes se conoce desde el siglo XVIII una EET, la tembladera (conocida también como prurigo lumbar o scrapie clásico). Más recientemente se han detectado formas atípicas de scrapie que muestran un comportamiento diferente al del tipo clásico por su epidemiología y patología.

En Extremadura, desde la confirmación del primer caso de tembladera en el año 2005, hasta finales de año 2011 se han declarado 20 focos (11 en la provincia de Badajoz y 9 en la de Cáceres), la mayor parte focos de Scrapie atípico en ovinos. Figura 7.14.

Figura 7.14 Número de focos declarados de scrapie en pequeños rumiantes. 2005-2011



Fuente: RASVE. MAGRAMA.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

Los datos de toma de muestras de ovinos y caprinos sacrificados para consumo humano en Extremadura del Programa Integral Coordinado de Vigilancia y Control de las ETT establecido en el RD 3454/2000, de 22 de diciembre notifica que el volumen de sacrificio de pequeños rumiantes mayores de 18 meses rondó las 36.600 cabezas en el año 2010, 31.100 ovinos mayores de 18 meses y 5.460 caprinos mayores de 18 meses. En la subpoblación de animales sanos para consumo humano se han detectado en los últimos 3 años 7 casos positivos, 2 en el año 2011 (1 en Cáceres y 1 en Badajoz), 4 en el año 2010 (todos en Cáceres) y 1 en el año 2009 (Badajoz).

7.5.- HIGIENE ALIMENTARIA

En el ámbito de la higiene alimentaria, durante el periodo de vigencia del Plan de Salud 2009-2012 han tenido lugar cambios sustanciales en lo relativo a la programación de los controles oficiales, fundamentados en la implementación, en el año 2011, del nuevo Plan Nacional de Control de la Cadena Alimentaria (PNCOCA), al cual han debido adaptarse las actuaciones de control de las diversas CCAA, entre ellas Extremadura. Uno de los cambios fundamentales, ha sido la orientación de las actuaciones al control por peligros, no por sectores alimentarios, así, se produce un cambio sustancial en la organización de las actuaciones y de sus resultados en el año 2011.

Otro cambio sustancial ha sido la trasposición de la directiva 2006/123 conocida como “directiva de servicios” que ha conllevado, desde el año 2010, al cese de la impartición de cursos de manipuladores de alimentos y al cese en la autorización de empresas formadoras de manipuladores de alimentos. Así, con fines metodológico se recopilan los datos hasta el año 2010, y a continuación se reflejan los resultados de los nuevos programas 2011.

7.5.1.- Comidas preparadas

El Control Sanitario llevado a cabo en establecimientos con servicios de comidas preparadas, se lleva realizando desde la puesta en marcha en el año 2005.

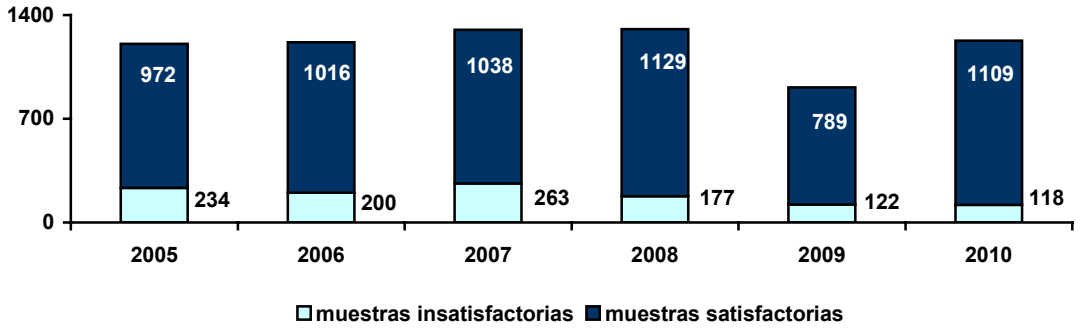
El número total de establecimientos o centros afectos al programa en el año 2010 fueron 3.116, de los cuales se controlaron 2.317, lo que supone un 74,42%. El nº total de actividades de control realizadas sobre dichos establecimientos han sido 5.822 de las cuales, 3.179 son actividades de inspecciones y/o auditorias programadas, 1.530 no programadas y 1.113 actividades que se han realizado en la toma de muestra controlando 530 establecimientos.

El número de muestras programadas ha sido de 654 en 2005, 1.100 en 2006, 1.100 en 2007, 1.129 en 2008, 837 en 2009 y 837 en 2010.

Como resultado de todas las actividades realizadas en los diferentes establecimientos, se han controlado un 74% de los establecimientos, y un 17% de los mismos se han controlado mediante las actividades de toma de muestra.

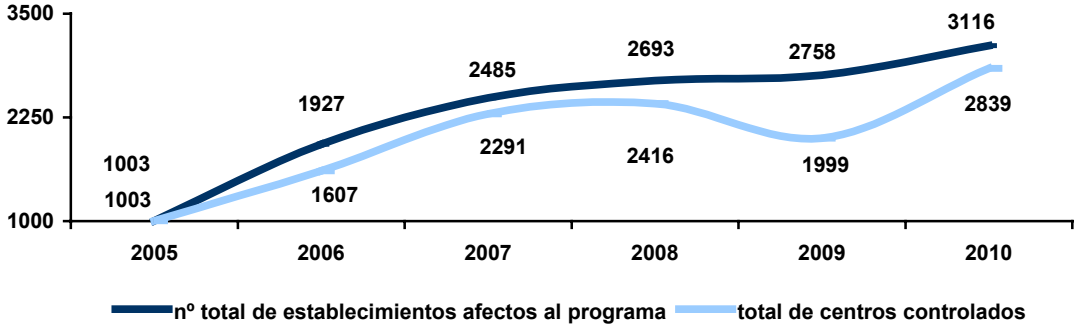
En las 1.113 actividades de toma de muestras, se han tomado y enviado a los laboratorios de Salud Pública un total de 1.255 muestras, las cuales han sido tomadas en las comidas preparadas, utensilios, equipos, superficies, manipuladores de alimentos, etc., Del total de muestras enviadas a los laboratorios, se han analizado 1.227 habiendo resultado insatisfactorias un total de 118 muestras, lo que corresponde a un 10% sobre el total de muestras analizadas. Figura 7.15.

Figura 7.15 **Evolución del número total de muestras analizadas (total de muestras satisfactorias + total de muestras insatisfactorias) Extremadura. 2005-2010**



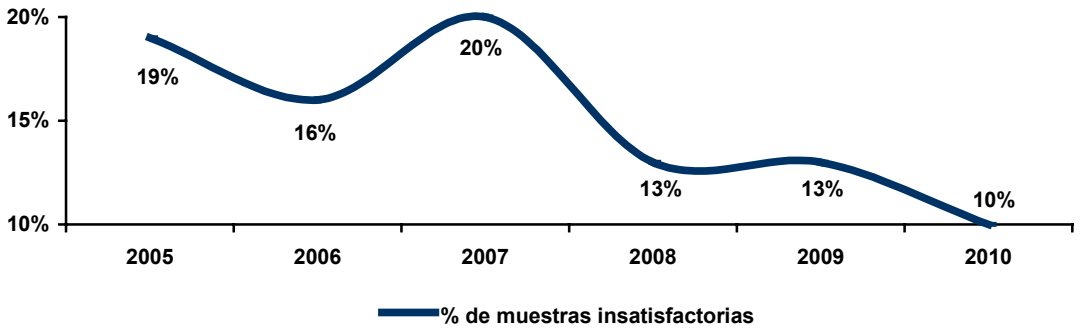
Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

Figura 7.16 **Evolución del número de establecimientos afectos al programa / nº de establecimientos controlados. Extremadura. 2005-2010**



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

Figura 7.17 Evolución del porcentaje de muestras insatisfactorias. Extremadura. 2005-2010



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES..

7.5.2.- Manipuladores de Alimentos

El año 2010, ha sido un año de cambios en materia de manipuladores de alimentos, ya que el 20 de febrero se derogó la normativa nacional que regulaba lo relativo a esa materia para adaptarse a las directrices de la unión europea**.**

Según indica esta normativa europea, la persona titular del establecimiento alimentario deberá garantizar la formación del personal que manipula alimentos, en cuestiones de higiene alimentaria, y de acuerdo con su puesto de trabajo. La formación debe dar respuesta a las necesidades concretas de cada empresa alimentaria, y su objetivo debe ser transmitir al personal que manipula alimentos, prácticas correctas de higiene, además de mantener actualizados en los contenidos de los cambios normativos que vayan surgiendo. Si la persona se forma por su cuenta, acudiendo a entidades o a través de sus propios medios, la empresa tendrá que valorar si la formación que justifica es adecuada o no para el puesto de trabajo que va a desempeñar.

Esta formación del personal manipulador de alimentos podrá ser impartida por :

1. La propia empresa alimentaria.
2. Empresas o entidades formadoras sin que sea necesaria la autorizacion administrativa previa por parte de las autoridades sanitarias.
3. Centros o escuelas de formación profesional o educacional reconocidas por organismos oficiales (dentro de la formación reglada).

7.5.3.- Control General de Higiene de Empresas Alimentarias

Los operadores económicos son las personas responsables del cumplimiento de los requisitos que exige la normativa sanitaria, y las autoridades responsables del control oficial son las encargadas de verificar dicho cumplimiento.

Una de las novedades incorporadas en el año 2011 ha sido la catalogación de los establecimientos en función del riesgo. Así en 2011 se catalogaron las industrias alimentarias en función de riesgo utilizando el aplicativo JARA-SP, con el siguiente resultado, en base al porcentaje de establecimientos alimentarios por tipo:

- Comidas preparadas: 46,4%
- Comercios minoristas 33,8%
- Industrias bajo riesgo 2,4%
- Industrias medio riesgo 16,3%
- Industrias alto riesgo 0,3%
- Industrias muy alto o sin valorar 0,8%

Durante el año 2011, los controles que se han llevado a cabo dentro de la programación de control general de empresas alimentarias son controles sobre condiciones relativas a registro de establecimientos, condiciones de higiene, formación de personal, trazabilidad y SANDACH.

Los controles que se han llevado a cabo dentro de esta programación se han ejecutado sobre las siguientes fases de la cadena alimentaria: Elaboración, Envasado, Almacenamiento/Distribución, Minorista, Otros.

Se incluyen todos los sectores de la cadena alimentaria excepto el sector de materiales en contacto con alimentos, y las empresas del sector de detergentes de uso en la industria alimentaria.

La frecuencia de los controles que se realizaron en los establecimientos (excepto para los establecimientos de comidas preparadas y minoristas) se establecerán respecto al nivel de riesgo obtenido y respecto a la peligrosidad anotada en JARA SP.

Bajo la presente programación se han realizado 6 campañas en función del riesgo sea Bajo, Medio,Alto y Muy alto o no Valorado, de Comidas preparadas, y de Comercio minorista, en estos dos últimos casos se han realizado 1 control por establecimiento.

Los incumplimientos detectados en este programa de control, se han dividido en incumplimientos estructurales, operacionales y de producto:

- Incumplimientos operacionales: se refieren a deficiencias en la actividad de los operadores económicos, y representan el 63,61% de todos los incumplimientos. Estos son debidos a Autorización y Registro (1,52%), Condiciones generales de higiene (49,43%), Trazabilidad (17,34%), Gestión de subproductos o SANDACH (9,13%), y Formación (22,53%).
- Incumplimientos estructurales: Son aquellos que se refieren a las condiciones de estructura física del establecimiento (suelo, paredes, techos, etc). Los incumplimientos son como consecuencias en deficiencias sobre las condiciones Generales de Higiene, y representan el 33,94%
- Incumplimientos de producto: son aquellos incumplimientos que se refieren al producto en concreto, y se pueden detectar por inspección visual, normalmente relativos a etiquetado, y representan el 2,44%.

La fase de la cadena alimentaria en la que se detectan más incumplimientos es la fase minorista (83%) seguida de la fase de fabricación (11%), de envasado (2%), almacenamiento (2%) y otros (2%). En cuanto a la distribución de los incumplimientos en cada fase de la cadena alimentaria, los incumplimientos operacionales son más frecuentes en todas las fases de la cadena, predominando en la fase “otros” (mataderos fundamentalmente), y en la fase de distribución. Los estructurales son más frecuentes en minoristas y fabricación y los relativos a productos son más frecuentes en fabricación y envasado.

7.5.4.- Control de Autocontroles de Empresas Alimentarias

En 2011 se ha desarrollado un programa de control que ha controlado los sistemas de autocontrol de 2.908 establecimientos de empresas alimentarias, dando como resultado que la mayor parte de los incumplimientos operacionales se detectan en las minoristas de alimentación (73.43%), seguido por las fabricantes (21.13%), otros (1,99%), almacenistas (1,85%) y envasadoras (1,57%).

7.6.- CONTROL DE RIESGOS BIOLÓGICOS

Los riesgos biológicos constituyen una de las principales causas de enfermedades de origen alimentario, que en su mayoría cursan con gastroenteritis agudas de mayor o menor gravedad pero que en algunos casos pueden dar lugar a patologías más severas que pueden llevar incluso a la muerte de las personas afectadas.

El Reglamento (CE) nº 2073/2005 de la Comisión, relativo a los criterios microbiológicos aplicables a los productos alimenticios, establece tanto criterios de higiene de los procesos, no aplicables a los productos alimenticios, que indican el funcionamiento satisfactorio del proceso de producción, como criterios de seguridad alimentaria para los siguientes microorganismos, sus toxinas y metabolitos: listeria monocytogenes, salmonella spp, enterotoxinas estafilocócicas, cronobacterspp (enterobactersakazakii) y e. coli. El incumplimiento de estos criterios supone la no comercialización o la retirada de los productos si ya están en el mercado.

7.6.1.- Subprograma de control de criterios de seguridad alimentaria:

Para cumplir con las directrices marcadas en el Plan Nacional de Control de la Cadena Alimentaria (PNCOCA), así como con las normas reguladoras vigentes, en Extremadura, durante el año 2011, se llevó a cabo un plan de muestreo para la investigación de salmonella spp y listeria monocytones, en los siguientes sectores:

- Sector carne picada/preparados de carne: fabricantes/elaboradoras de carne picada y preparados de carne; y establecimientos al por menor de carnes frescas. De las 41 muestras analizadas se obtuvieron resultados positivos en 4 de ellas lo que supone un 9,75 % de incumplimientos. Tabla 7.6.

Tabla 7.6 **Muestreo para la investigación de microorganismos en el Sector carne picada/preparado de carne. Extremadura. 2011**

Carne picada/preparados de carne	
Matriz (producto)	Carne picada/preparados de carne
Sustancia a investigar (microorganismo)	Salmonella spp.
Punto muestreo/punto control	Industria/minorista
Fabricantes/elaboradores	8
Minoristas	33
Nº muestras analizadas	41
Incumplimientos (positivos)	4

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

- Sector lácteos y productos cárnicos crudo-curados: fabricantes/elaboradores de quesos curados; fabricantes/elaboradores de productos cárnicos; comercio minorista de alimentación.

De las 44 muestras analizadas se obtuvieron resultados positivos en 6 de ellas lo que supone un 11,53 % de incumplimientos. Tabla 7.7.

Tabla 7.7 **Muestreo para la investigación de microorganismos en el Sector lácteos y productos cárnicos crudo-curados. Extremadura. 2011**

Lácteos y productos cárnicos crudo-curados		
Matriz (producto)	Quesos	
Sustancia a investigar (microorganismo)	Salmonella spp.-Listeria	
Punto muestreo/punto control	Industria	Minorista
Nº muestras analizadas	14	13
Incumplimientos (positivos)	2	1
Matriz (producto)	Productos cárnicos	
Sustancia a investigar (microorganismo)	Salmonella spp.-Listeria	
Punto muestreo/punto control	Industria	Minorista
Nº muestras analizadas	15	2
Incumplimientos (positivos)	10	1

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

7.6.2.- Subprograma de control de criterios de higiene de los procesos:

Con el fin de verificar el cumplimiento de estos criterios, durante el año 2011 se pusieron en marcha varios planes de muestreo en los sectores indicados a continuación: Carne y derivados (canales de las especies bovino, ovino, caprino, porcino y aves); Pescados y derivados, para la investigación del parásito anisakis; Comidas preparadas (para la investigación de los microorganismos Salmonella, Listeria monocytógenes, E. coli y estafilococos coagulasa positivos).

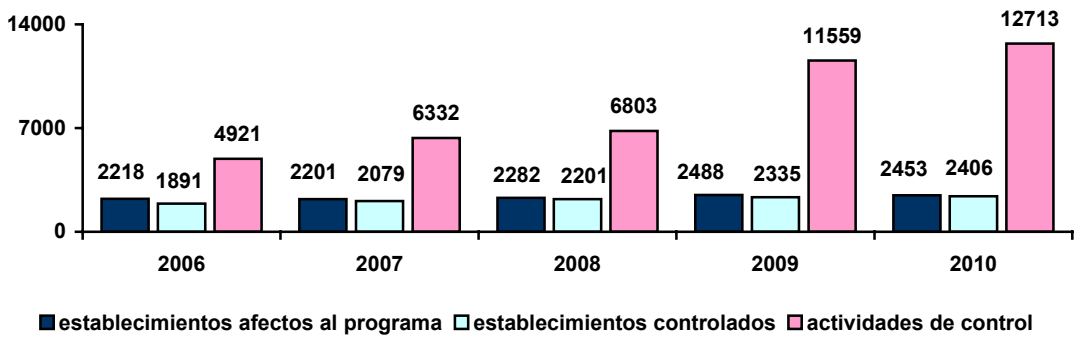
Resultados carnes y derivados (Periodo 2006-2010):

Establecimientos de carne fresca:

En el sector de la carne, existe instaurado un Plan Nacional de Investigación de Residuos, para la determinación de peligros de naturaleza química, y un programa de control sanitario de la higiene en los mataderos, salas de despiece, almacenes frigoríficos y establecimientos menores de carne fresca.

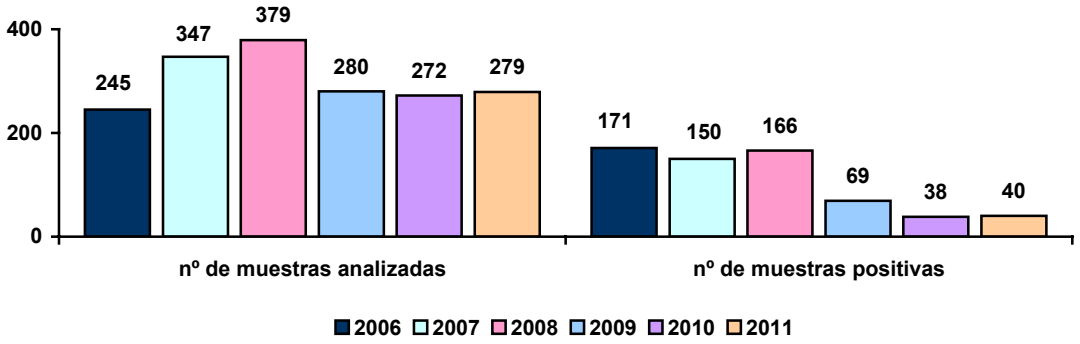
Dicho programa, tiene como objetivos principales coordinar e impulsar el control de higiene en materia de carne fresca durante toda la cadena de producción, comercialización y venta, así como verificar que los controles regulares de la higiene realizados por los explotadores de los establecimientos son los adecuados. Figuras 7.18, 7.19 y 7.20.

Figura 7.18 **Subprograma de control de criterios de higiene de los procesos. Establecimientos de carne fresca. Evolución del número de establecimientos controlados y de actividades de control. Extremadura. 2006-2010**



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

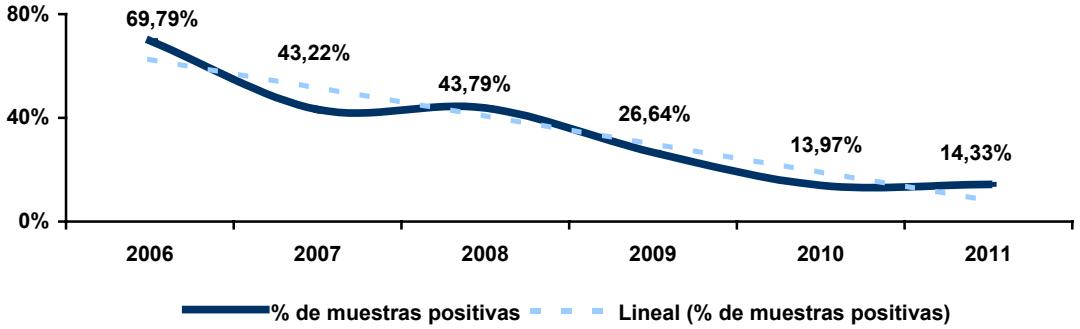
Figura 7.19	Subprograma de control de criterios de higiene de los procesos. Establecimientos de carne fresca. Evolución del número de muestras analizadas/positivas. Extremadura. 2006-2011



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

Se obtuvieron incumplimientos en el 14,33 % de las muestras analizadas en el año 2011, con lo que se puede observar un descenso en los últimos años con respecto a las muestras analizadas durante los años anteriores.

Figura 7.20	Subprograma de control de criterios de higiene de los procesos. Establecimientos de carne fresca. Evolución del porcentaje de muestras positivas por año. Extremadura. 2006-2011



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

Resultados carnes y derivados (año 2011)

En canales de ungulados, de las 134 muestras analizadas se obtuvieron resultados positivos en 18 de ellas lo que supone un 13,43 % de incumplimientos en relación con los indicadores: aerobios mesófilos y enterobacteriáceas. Con respecto a salmonella no se obtuvo ningún incumplimiento.

En canales de aves, se detectaron incumplimientos en del 20% de las muestras analizadas, siendo el porcentaje total de incumplimientos del 14,33%. Tabla 7.8

Tabla 7.8 **Investigación de microorganismos en el Sector carnes y derivados. Extremadura. 2011**

Carnes y derivados			
Matriz (producto)	Canales ungulados		
Sustancia a investigar (microorganismo)	A. mesófilos	Enterobacteráceas	Salmonella
Punto muestreo/punto control	Matadero	Matadero	Matadero
Nº muestras analizadas	134	134	125
Incumplimientos (positivos)	18	18	0
Matriz (producto)	Canales aves		
Sustancia a investigar (microorganismo)	Salmonella		
Punto muestreo/punto control	Matadero		
Nº muestras analizadas	20		
Incumplimientos (positivos)	4		

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

Resultados comidas preparadas:
La actividad de elaboración de comidas preparadas, en el ámbito de las empresas alimentarias, se considera actividad de mayor riesgo sanitario, dada la diversidad de materias primas utilizadas y la realización de múltiples manipulaciones, con los riesgos inherentes a las mismas.

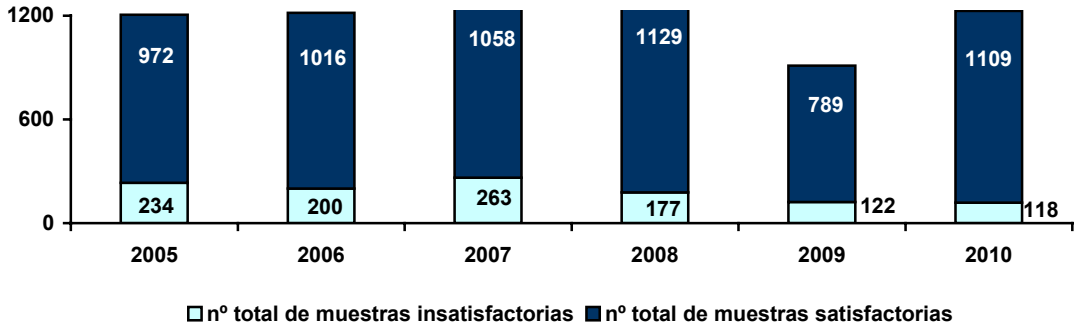
Año 2010:
El número total de establecimientos o centros afectos al programa en el año 2010 son 3.116, de los cuales se han controlado 2.317, lo que supone un 74.42%. El nº total de actividades de control realizadas sobre dichos establecimientos han sido 5.822 de las cuales, 3.179 son actividades de inspecciones y/o auditorías programadas, 1.530 no programadas y 1.113 actividades que se han realizado en la toma de muestra controlando 530 establecimientos.

Del total de muestras enviadas a los laboratorios, se han analizado 1.227 habiendo resultado insatisfactorias un total de 118 muestras, lo que corresponde a un 10% sobre el total de muestras analizadas.

Como resultado de todas las actividades realizadas en los diferentes establecimientos, se han controlado un 74% de los establecimientos, y un 17 % de los mismos se han controlado mediante las actividad de toma de muestra.

El número de muestras programadas fue de 854 en 2005, 1100 en 2006, 1100 en 2007, 1129 en 2008, 837 en 2009 y 837 en 2010. En la evolución que ha seguido el nº total de muestras analizadas (insatisfactorias mas satisfactorias), se observa que en 2010 se ha producido el menor nº de muestras insatisfactorias del período. Figura 7.21.

Figura 7.21 Evolución del control sanitario de comidas preparadas. Extremadura 2005-2010



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

Año 2011:
A partir del año 2011, con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria 2011-2015, los controles oficiales llevados a cabo en este sector se enfocaron de manera diferente.

Centrándonos por tanto en las tomas de muestras de comidas preparadas, podemos decir que éstas fueron recogidas en su totalidad en establecimientos minoristas, teniendo en cuenta los siguientes criterios para su selección:

1. Establecimientos implicados en la aparición de algún brote de origen alimentario (BOA).
2. Establecimientos con resultados analíticos desfavorables en tomas de muestras oficiales anteriores, o incluidas en sus sistemas de autocontrol.
3. Establecimientos no muestreados oficialmente en el año anterior.
4. Establecimientos con incumplimientos en cuanto a condiciones generales de higiene.

En el año 2011 se han analizado 716 muestras, con 97 incumplimientos. Tabla 7.9.

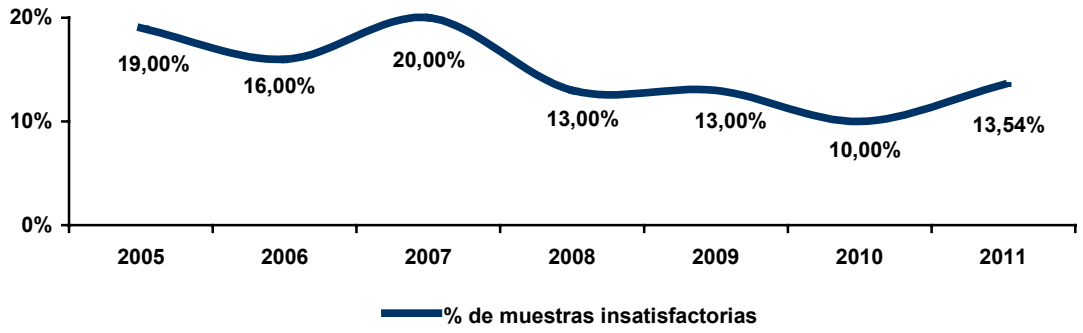
Tabla 7.9 Investigación de microorganismos en comidas preparadas. Extremadura. 2011

Comidas preparadas	
Matriz (producto)	Comidas preparadas
Sustancia a investigar (microorganismo)	Salmonella, Listeria Monocytógenes, E. Coli, Estafilococo coagulasa positivo
Punto muestreo/punto de control	Minorista
Nº muestras analizadas	716
Incumplimientos (positivos)	97

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

Se obtuvieron incumplimientos en el 13,54 % de las muestras analizadas, con lo que se puede observar un ligero aumento con respecto a las muestras analizadas durante el año 2010. Figura 7.22.

Figura 7.22 Evolución del porcentaje de muestras insatisfactorias de microorganismos en comidas preparadas. Extremadura. 2005-2011



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

7.6.3 Anisakiosis

El anisakis spp. es un parásito que se puede encontrar en el pescado y cuyas larvas pasan activas al aparato digestivo humano al ingerir pescado crudo o insuficientemente cocinado, provocando alteraciones digestivas y reacciones alérgicas.

En Extremadura se implantó en el año 2011 un programa de muestreo para detectar la presencia de larvas de anisakis en productos de pesca. De las muestras analizadas del control de anisakis en los productos de la pesca, han resultado positivas un 16%. Tabla 7.10.

Tabla 7.10 Investigación de microorganismos en pescados y derivados. Extremadura 2011

Pescados y derivados	
Matriz (producto)	Pescado
Tipo de riesgo biológico	Anisakis
Nº muestras programadas	75
Nº muestras tomadas	75
Nº muestras analizadas	75
Nº muestras positivas	12

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

7.7.- CONTAMINANTES

Se define «contaminante» como cualquier sustancia que no haya sido agregada intencionadamente al alimento en cuestión, pero que sin embargo se encuentra en el mismo como residuo de la producción (incluidos los tratamientos administrados a los cultivos y al ganado y en la práctica de la medicina veterinaria), de la fabricación, transformación, preparación, tratamiento, acondicionamiento, empaquetado, transporte o almacenamiento de dicho alimento o como consecuencia de la contaminación medioambiental.

7.7.1.-Contaminantes Industriales

En este grupo de contaminantes se engloban aquellas sustancias que se derivan de la actividad industrial y/o se acumulan en el medioambiente.

Acrilamida
La acrilamida es un compuesto orgánico de tipo amida, soluble en agua, etanol, éter y cloroformo. Este compuesto se puede formar al cocinar o procesar los alimentos a temperaturas elevadas (especialmente compuestos que contienen almidón). La acrilamida se encuentra clasificada como "probable carcinógeno para los humanos", en base a los estudios realizados con animales. En este momento no está claro que estos resultados pueden extrapolarse al hombre.

Resultado y Actuaciones:
Como resultado de las determinaciones analíticas realizadas en Extremadura, en patatas fritas, encontramos niveles superiores a los valores indicativos basados en los datos de control de la EFSA, en 2 muestras de patatas fritas (1.113 microgramos /Kg y 1.050 microgramos /Kg).

Metales Pesados
La peligrosidad de los metales pesados es mayor al no ser química ni biológicamente degradables. Una vez emitidos, principalmente debido a la actividad industrial y minera, pueden permanecer en el ambiente durante cientos de años, contaminando el suelo y acumulándose en las plantas y los tejidos orgánicos. Además, su concentración en los seres vivos aumenta a lo largo de la cadena alimentaria. Los metales pesados tóxicos más conocidos son el mercurio, el plomo y el cadmio.

Los metales pesados que se han determinado durante el año 2011 han sido Pb, Cd y Hg en 15 muestras pescados, resultando todas ellas negativas.

7.7.2.- Contaminantes Orgánicos Persistentes
Los Contaminantes Orgánicos Persistentes (COP), son sustancias químicas extraordinariamente tóxicas y duraderas. La mayoría de los COP son compuestos organoclorados.

Además de ser persistente (es decir, no se descompone rápidamente), orgánico (con una estructura molecular basada en el carbono) y contaminante (en el sentido de ser muy tóxico), los COP tienen otras dos propiedades. Son solubles en grasas y por consiguiente se acumulan en los tejidos vivos; y pueden viajar grandes distancias. Estas cinco propiedades juntas hacen que se consideren un riesgo.

Dioxinas, PCBs
Son un grupo de compuestos orgánicos tricíclicos halogenados, que se incorporan a los seres vivos acumulándose en el tejido graso, subproductos no deseados de distintos procesos térmicos como la incineración de residuos. Los alimentos contaminados, fundamentalmente de origen animal suponen el principal aporte a la ingesta de estas sustancias.

Resultado y Actuaciones:
En el año 2011 consistió en un muestreo aleatorio de 6 muestras, correspondiendo a 3 muestras de queso de oveja y 3 muestras de carne (cerdo y de ovino) resultando todas ellas negativas.

7.7.3.- Contaminantes Agrícolas
En el grupo de contaminantes agrícolas se engloban aquellas sustancias indeseables que se derivan de la actividad agrícola, e incluso durante el transporte y almacenamiento de los alimentos. Se consideran contaminantes agrícolas las micotoxinas y los nitratos

Micotoxinas

Las micotoxinas son toxinas producidas por ciertos hongos que contaminan alimentos como los frutos secos, los cereales, la fruta desecada, el café y las especias, entre otros. Los hongos pueden contaminar los vegetales ya durante el cultivo iniciándose la producción de aflatoxinas. Los alimentos también pueden contaminarse durante el almacenamiento y la manipulación debido a prácticas de manipulación deficientes.

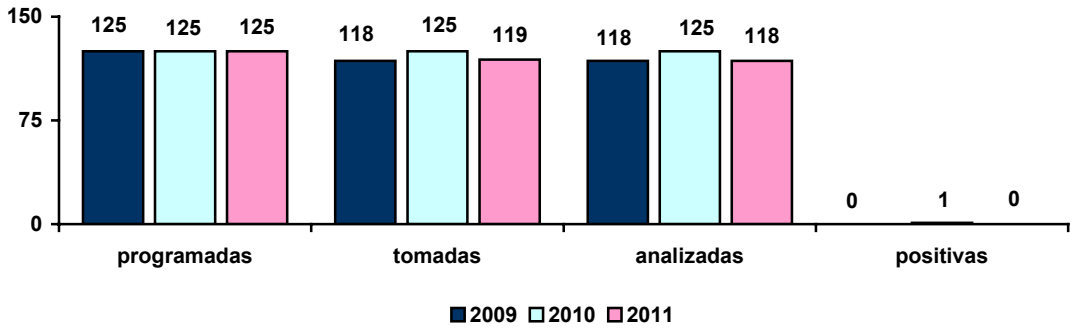
Las micotoxinas pueden entrar en la cadena alimentaria a través de la carne, la leche u otros productos de origen animal como resultado de la ingestión, por parte de los animales, de piensos contaminados con estas toxinas.

Se han identificado más de 80 especies fúngicas productoras de micotoxinas. Las aflatoxinas son micotoxinas producidas por determinadas especies de Aspergillus que se desarrollan cuando los niveles de temperatura y humedad son elevados.

Resultado y Actuaciones:

El muestreo se dirigió hacia el análisis de la presencia de aflatoxina B1,B2, G1.G2,M1 en leche, queso, cereales, (harina de trigo), frutos secos (pistachos) y pimentón. Figura 7.23.

Figura 7.23 **Evolución del número de muestras analizadas para la detección de aflatoxina. Extremadura. 2009-2011**



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

En el año 2010, debido a la extensión y la producción de higos está muy repartida entre las provincias de Badajoz y Cáceres, se realizó un muestreo en dicha matriz para determinar la presencia de fumonisinas en higos secos, aunque no existen límites establecidos.

De las 6 muestras que se tomaron, siguiendo la Recomendación de la EFSA del 2010 han sido enviados a la EFSA con el fin que esta información sirva de base para las evaluaciones de riesgo realizadas a nivel europeo, y sea utilizada para la fijación de límites máximos, contribuyendo a que la población esté protegida ante el riesgo que estas sustancias suponen para la salud.

Nitratos

Los nitratos están ampliamente distribuidos en los alimentos, siendo la principal fuente de exposición humana a nitratos el consumo de verduras y hortalizas, y en menor medida, el agua de bebida y otros alimentos. Los nitratos también son usados en agricultura como fertilizantes y en el procesado de alimentos como aditivo alimentario autorizado.

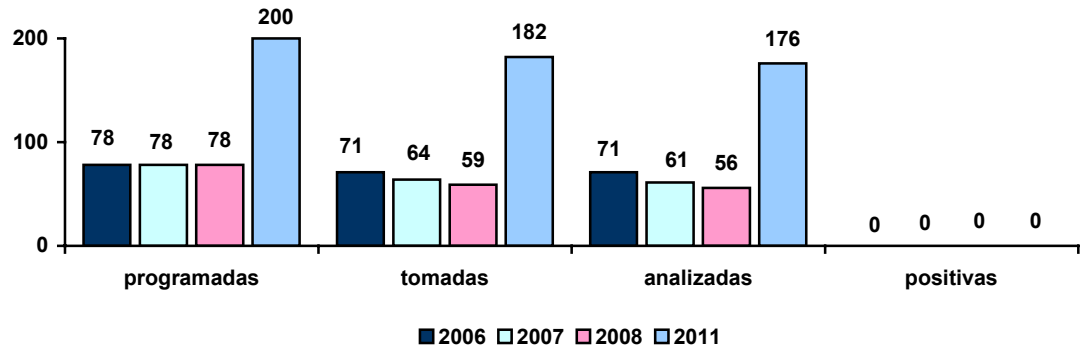
A fin de poder comprobar si se está cumpliendo con la legislación vigente e identificar posibles riesgos, se instauró en Extremadura un programa de vigilancia sobre el nivel de los nitratos en las hortalizas principalmente en lechugas, espinacas y acelgas puestas en el mercado a disposición del consumidor.

En España existe un consumo importante de acelgas, que dentro de la UE es casi exclusivo de nuestro país. La evolución del número de muestras positivas muestra una tendencia descendente, con un incumplimiento en las muestras de acelgas del 25% en 2008, del 19,23% en 2009, del 20,40 en 2020, y del 29,16% en 2011.

7.8.- PLAGUICIDAS EN ALIMENTOS DE ORIGEN VEGETAL

Los plaguicidas son sustancias destinadas a prevenir, destruir o controlar cualquier plaga, incluyendo las especies no deseadas de plantas o animales que causan perjuicio o que interfieren de cualquier otra forma en la producción, elaboración, almacenamiento, transporte o comercialización de alimentos y otros productos agrícolas. Durante el año 2011, las matrices se ampliaron además de frutas (peras y manzanas) y hortalizas de hoja verde (lechugas, acelgas y espinacas) a las zanahorias. Figura 7.24.

Figura 7.24 **Evolución del número de muestras de frutas y hortalizas analizadas para la detección de residuos de plaguicidas. Extremadura. 2008-2011**



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

7.9.- PRESENCIA DE INGREDIENTES TECNOLÓGICOS (ADITIVOS)

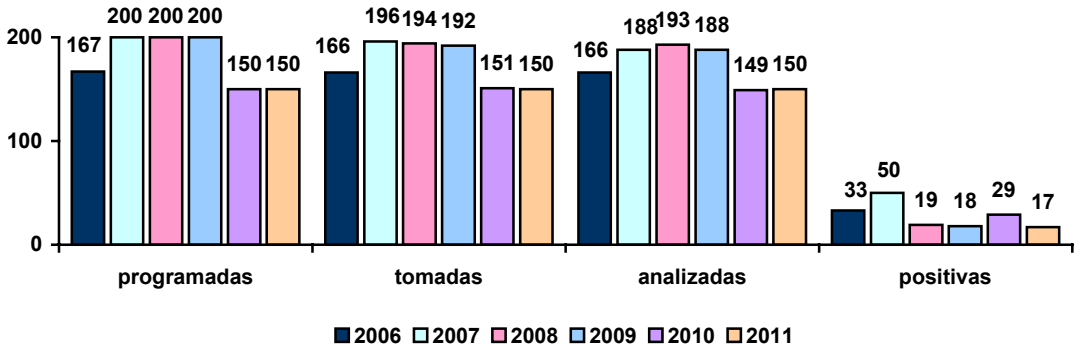
7.9.1 Programa de Vigilancia sobre el nivel de nitritos en productos cárnicos

Los nitritos ejercen unos efectos de gran trascendencia en la elaboración de preparados cárnicos curados. El hecho de inhibir a clostridium botulinum es un argumento poderoso acerca de la necesidad de utilizar nitritos por estar comprometida la salud del consumidor.

A fin de poder comprobar si se está cumpliendo la legislación vigente ya que el sector de productos cárnicos tiene especial relevancia en Extremadura, se instauró en las industrias cárnicas y carnicerías-charcuterías, un programa de vigilancia sobre el nivel de nitritos en los productos cárnicos puestos en el mercado a disposición de la persona consumidora.

Con la última modificación del Real Decreto (RD 1118/2007) se establece la cantidad máxima de nitratos y /o nitritos que pueden añadirse durante la fabricación de los productos (excepto en jamón curado, paleta curada, lomo embuchado, cecina y productos curados en seco con un periodo de estabilización de 10 días como mínimo, y después de un periodo de maduración de más de 45 días, que se realizará la toma en el producto acabado) pero no establece dosis residual máxima en producto acabado. Hay que destacar que las tomas de muestras se realizan durante el proceso de fabricación del producto, y no en el producto acabado. El programa de vigilancia sobre el nivel de nitritos en productos cárnicos, en el año 2011, y debido a las exigencias marcadas en el Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria, pasa a encuadrarse dentro del programa de ingredientes tecnológicos y no dentro del programa de contaminantes como se venía haciendo hasta el año 2010. Las tomas de muestras se realizan tanto en industrias cárnicas como en carnicerías /charcutería. Figura 7.25

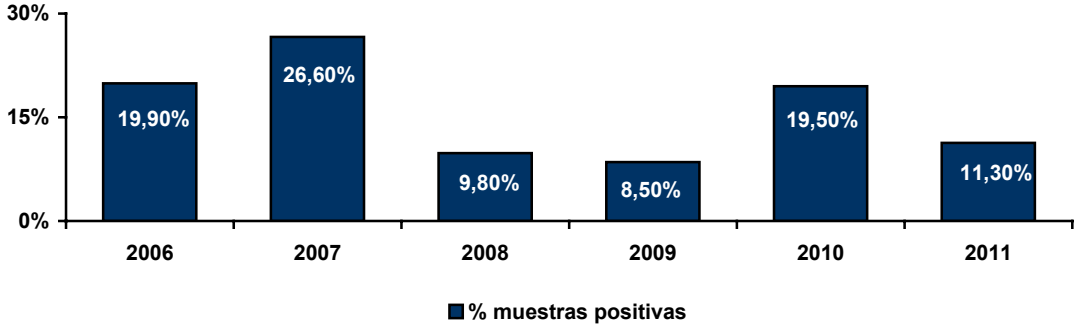
Figura 7.25 **Evolución del número de muestras en industrias cárnicas y carnicerias/charcuterias para la detección de nitritos en productos cárnicos. Extremadura 2008-2011**



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

Para dar cumplimiento al Plan Nacional de Control Oficial de la cadena alimentaria, la vigilancia en cuanto a los nitritos en productos cárnicos se ha incluido en el año 2011 en el programa relativo a ingredientes tecnológicos, los resultados obtenidos durante este año han sido un 11,3% de muestras positivas. Figura 7.26.

Figura 7.26 **Evolución del porcentaje de muestras positivas en la detección de nitritos en productos cárnicos. Extremadura. 2006-2011**



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

7.10.- RESIDUOS DE MEDICAMENTOS VETERINARIOS EN PRODUCTOS DE ORIGEN ANIMAL

7.10.1 Plan Nacional de Investigación de Residuos (PNIR)

El Plan Nacional de Investigación de Residuos, sirve como observatorio del uso de sustancias prohibidas y permitidas en los animales y sus productos. Los grupos de sustancias a investigar se engloban en dos grandes grupos, las sustancias prohibidas (anabolizantes, y sustancias no autorizadas) y las sustancias permitidas (medicamentos veterinarios y contaminantes medioambientales).

Entre los años 2006 y 2011 se analizaron un total de 6.829 muestras de las cuales 8 resultaron positivas: 7 a sustancias prohibidas (cloranfenicol), y 1 a permitidas (organoclorados). Tabla 7.11.

Tabla 7.11 **PNIR. Muestras analizadas. Extremadura. 2006 a 2011**

Grupo		Totales	Positivas	Grupo		Totales	Positivas
Estilbenos	A1	112	0	Tranquilizantes	B2D	196	0
Antitiroideos	A2	634	0	AINES	B2E	8	0
Esteroides	A3	103	0	otras sustancias	B2F	34	0
RAL	A4	16	0	Organoclorados	B3A	825	1
Beta agonistas	A5	1.357	0	Organofosforados	B3B	186	0
Otras sustancias	A6	1.112	7	Elementos químicos	B3C	49	0
Antibacterianos	B1	1.561	0	Micotoxinas	B3D	188	0
Anticoccidianos	B2A	0	0	Colorantes	B3E	0	0
Antihelmínticos	B2B	0	0	Otros	B3F	21	0
Carbamatos y piretroides	B2C	427	0	**TOTAL**		**6.829**	**8**

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

7.10.2.- Vigilancia de la presencia de Antibióticos

El uso de antibióticos tiene como consecuencia la aparición de residuos en los productos de origen animal, y cuya ingestión puede suponer un riesgo para la salud pública, por lo que es necesario su control exhaustivo.

En Extremadura, desde el año 2007 se está llevando a cabo un programa para la investigación de antibióticos en productos de origen animal.

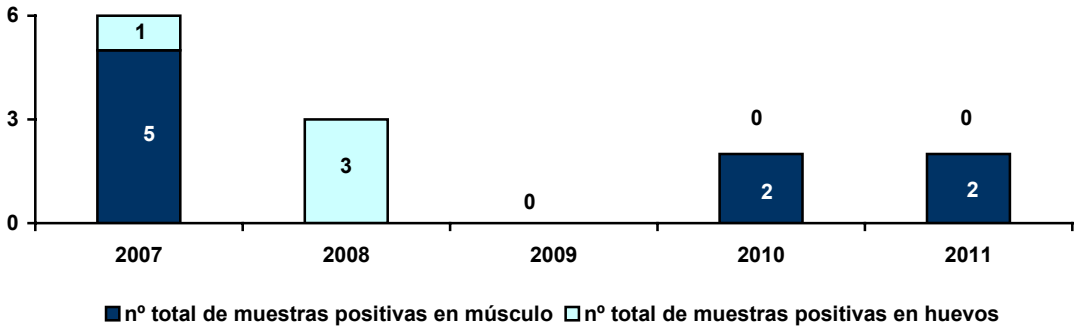
El programa de muestreo se ejecuta en los siguientes establecimientos:

- Mataderos.
- Centros de clasificación y embalaje de huevos.
- Comercios Minoristas de alimentación.

En los 3 últimos años de desarrollo del programa, no se ha detectado ninguna muestra positiva a residuos de antibióticos en huevos.

En el caso de la carne, a excepción del año 2009, sí se obtuvieron muestras positivas, aunque con una clara tendencia a la disminución, pasando del 1,4 % en 2007, al 0,4 % en el último año. Éstas fueron detectadas en músculo de ovino. Figura 7.27.

Figura 7.27 Evolución del número de muestras positivas a antibióticos en productos de origen animal. Extremadura 2005-2010



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

7.11.- ALÉRGENOS EN ALIMENTOS

Las reacciones adversas a los alimentos, como las alergias, son un problema emergente: la prevalencia oscila entre el 1% y el 3% en la población adulta y entre el 4% y el 6% en la población infantil. Cada vez son más las personas que sufren este tipo de patología relacionada con la alimentación. Por este motivo, los sistemas de control oficial deben llevar a cabo un exhaustivo control en el procesado de los alimentos, y evitar en lo posible la contaminación por nutrientes alérgenos.

Los alérgenos son sustancias, generalmente de naturaleza proteica, que en determinadas personas son capaces de ocasionar una respuesta anómala, dando lugar a una serie de síntomas adversos.

En el año 2011, se ha implantado en Extremadura un programa de control de alérgenos (huevo, leche, gluten). En los resultados obtenidos apreciamos un alto porcentaje de incumplimiento, por lo que se debe seguir incidiendo en este programa de control oficial a lo largo del periodo que tenga vigencia el Plan de Control Oficial de la Cadena Alimentaria. El total de muestras positivas ha sido del 23,33%, y por tipo de alérgeno, donde mayor incumplimiento se ha detectado respecto al número de muestras analizadas es en el gluten (40%), seguido de la leche (20%), y el huevo (10%). Tabla 7.12.

Tabla 7.12 **Investigación de alérgenos en alimentos. Extremadura. 2011**

Alérgeno: Huevo			
Matriz (producto)	Fiambre	Mermelada	Bonito escabeche
Nº muestras programadas	4	3	3
Nº muestras tomadas	4	3	3
Nº muestras analizadas	4	3	3
Nº muestras positivas	1	0	0
% de muestras positivas	**25%**	**0%**	**0%**

Alérgeno: Gluten				
Matriz (producto)	Pastas	Harina maíz	Galletas	Bollería
Nº muestras programadas	2	4	2	2
Nº muestras tomadas	2	4	2	2
Nº muestras analizadas	2	4	2	2
Nº muestras positivas	1	1	1	1
% de muestras positivas	**50%**	**25%**	**50%**	**50%**

Alérgeno: Leche			
Matriz (producto)	Vino	Fiambres	Bollería
Nº muestras programadas	5	2	3
Nº muestras tomadas	5	2	3
Nº muestras analizadas	5	2	3
Nº muestras positivas	0	1	1
% de muestras positivas	**0%**	**50%**	**33%**

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

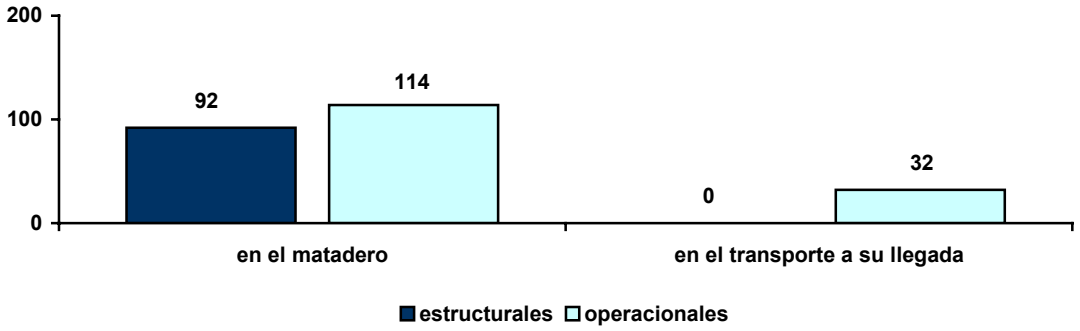
7.12.- BIENESTAR ANIMAL EN MATADERO

En el año 2011, con el fin de dar cumplimiento con las directrices marcadas en el Plan Plurianual de Control de la Cadena Alimentaria (PNCOCA), así como con las normas reguladoras vigentes, se implantó en Extremadura el "Programa de Control del Bienestar Animal en los Mataderos", correspondiente al periodo 2011-2015. El número total de establecimientos afectos al programa fue de 58, estando todos los mataderos con actividad ubicados en Extremadura, con independencia de la producción y de las especies sacrificadas en cada uno de ellos.

Durante el año 2011 se realizaron un total de 334 controles oficiales en materia de bienestar animal (211 de ellos programados y el resto no programados). De la totalidad de controles realizados, 168 se corresponden con controles realizados en el matadero y 166 de controles del transporte, a su llegada al mismo lo que supone un reparto aproximado del 50 % para cada uno de ellos.

Los Servicios de Control Oficial detectaron un total de 238 incumplimientos en materia de bienestar animal por parte de los operadores económicos de los mataderos, lo que supone una media de 0,55 incumplimientos por control efectuado. La mayoría de ellos fueron de tipo operacional, suponiendo éstos un 61% del total de incumplimientos. De este porcentaje un 48% se corresponden con incumplimientos detectados en el matadero y el resto relativos al transporte. Los incumplimientos de tipo estructural fueron el restante 39% de incumplimientos. Figura 7.28

Figura 7.28 Número de incumplimientos en materia de bienestar animal. Mataderos de Extremadura. Año 2011



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

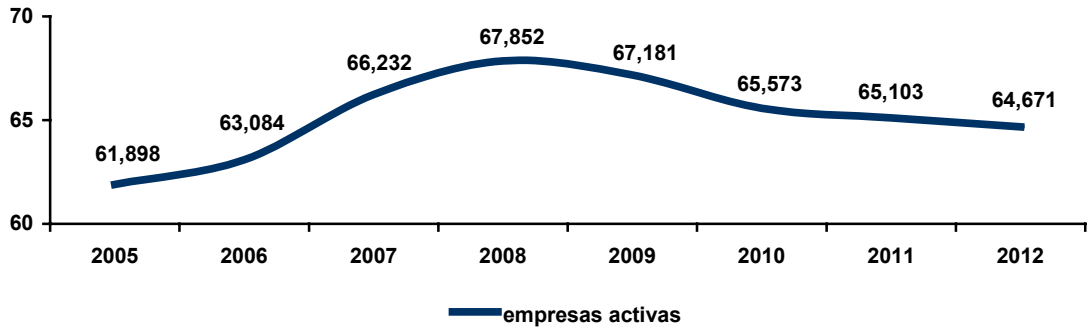
8.- DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones sociales y económicas en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. La evidencia muestra que la mejor estrategia para aumentar la equidad en la salud de la población, se logra cuando la exposición a la enfermedad es igual desde un punto de vista social, y no sólo cuando se iguala el acceso a los tratamientos médicos de calidad.

8.1.- MERCADO DE TRABAJO

En 2012, el número de empresas activas en Extremadura se situó en 64.671, un 4,7% menos que en 2008, invirtiéndose la tendencia creciente que desde 2001 se venía registrando. La mayoría de las empresas en 2012 (82,5%) tienen entre 0 y 3 asalariados; un 14% entre 3 y 9 asalariados, y el 4% restante tienen 10 y más asalariados. Figura 8.1.

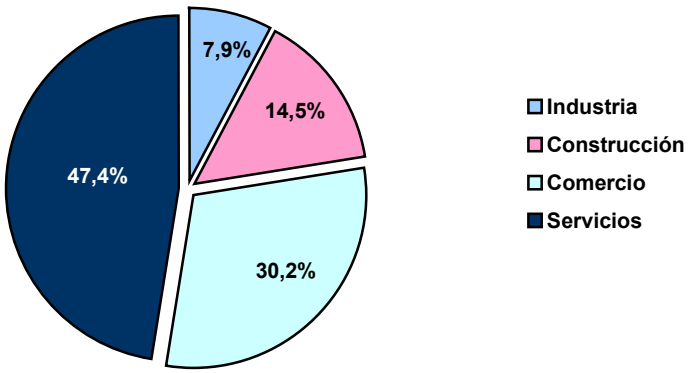
Figura 8.1 Evolución del número de empresas activas (valores absolutos en miles). Extremadura. 2005-2012



Fuente: INE. Directorio Central de Empresas.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

El sector Servicio, excluido el Comercio, tiene el mayor peso en la estructura de la población de empresas, representando el 47,4%. El peso del Comercio también es muy significativo, ya que representó el 30,2% del total. Figura 8.2.

Figura 8.2 Empresas activas según sector económico. Extremadura. Enero de 2012



Fuente: INE. Directorio Central de Empresas.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

En Extremadura, el único sector de actividad en que aumentó el empleo en el período 2008-2011, fue el de administración pública y defensa. La construcción fue el sector que perdió más puestos de trabajo, unos 21.000, seguido por la agricultura, ganadería y pesca que fue de 5.000 empleos. Tabla 8.1.

Tabla 8.1 **Evolución del empleo total (miles de personas). Extremadura. 2008 y 2011**

Sector de actividad	Año 2008	Año 2011 (A)
Administración pública y defensa	102,7	106,6
Comercio al por mayor y al por menor	94,9	91,2
Construcción	56,2	35,2
Industrias extractivas	39,8	35,7
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	36,9	31,9
Act. Profesionales, científicas y técnicas	30,2	26,9
Act. Artísticas, recreativas y de entretenimiento	24,7	24,3
Act. financieras y de seguros	6,9	6,6
Información y comunicaciones	2,9	2,9
Act. Inmobiliarias	1,7	1,7
TOTAL	**396,9**	**363**

(A) avance.
Fuente: INE. Contabilidad Regional de España.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La Encuesta de Población activa (EPA) muestra que la tasa de paro en Extremadura alcanzó en 2012 el 33,04% de la población activa, 8 puntos porcentuales por encima de la media nacional que fue del 25,03%. Si atendemos al sexo, la tasa de paro femenino fue del 36,42%, superior a la presentada por la población masculina que alcanzó el 30,49%. Tabla 8.2.

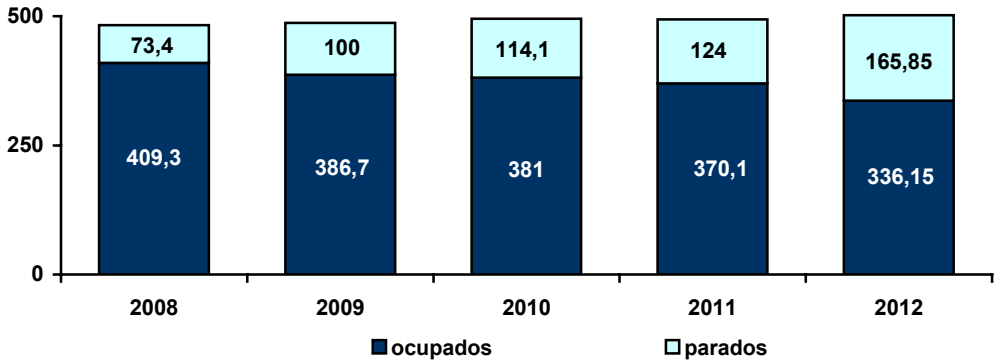
Tabla 8.2 **Tasa de actividad y de paro 2012. España y Extremadura**

	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
	Tasa actividad	Tasa paro	Tasa actividad	Tasa paro	Tasa actividad	Tasa paro
España	59,98	25,03	66,93	24,73	53,38	25,38
Extremadura	55,33	33,04	64,06	30,49	46,84	36,42

Fuente: INE. Encuesta de Población Activa (EPA).
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La cifra de población activa en paro se ha elevado en 41.850 personas en 2012 respecto al año anterior. Este incremento en la cifras de parados se observa desde el año 2008, cuya cifra ha pasado de 73.400 a 165.850 parados. El número de ocupados ha tenido una evolución negativa, pasando de 409.300 ocupados en 2008, a 336.150 ocupados en el año 2012. Figura 8.3.

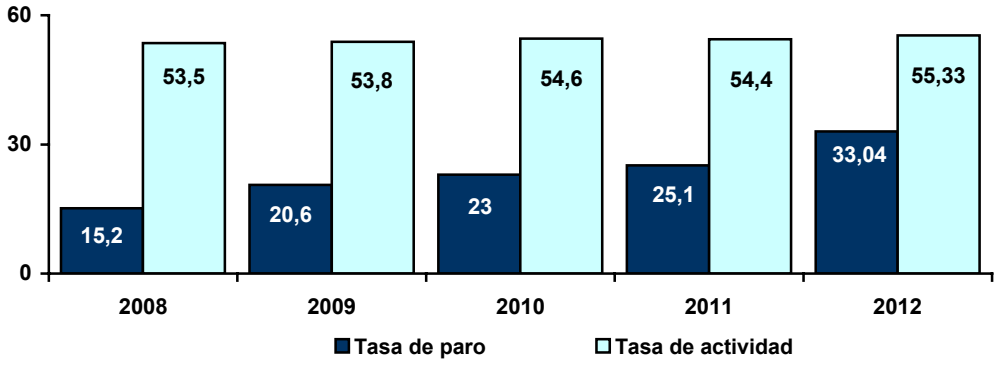
Figura 8.3 Evolución de la población mayor de 15 años según su relación con la actividad económica. Media anual en miles. Extremadura. 2008-2012



Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Series adaptadas a la metodología EPA-2005.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La tasa de paro en Extremadura ha sufrido un incremento continuado durante el período de estudio, aumentando 17,84 puntos porcentuales en 2012, con respecto al año 2008, y pasando del 15,2% al 33,04%. La tasa de actividad también aumentó durante el período de estudio, en 1,8 puntos porcentuales. Figura 8.4.

Figura 8.4 Evolución de las tasas de actividad y paro. En porcentaje. Extremadura. 2008-2012

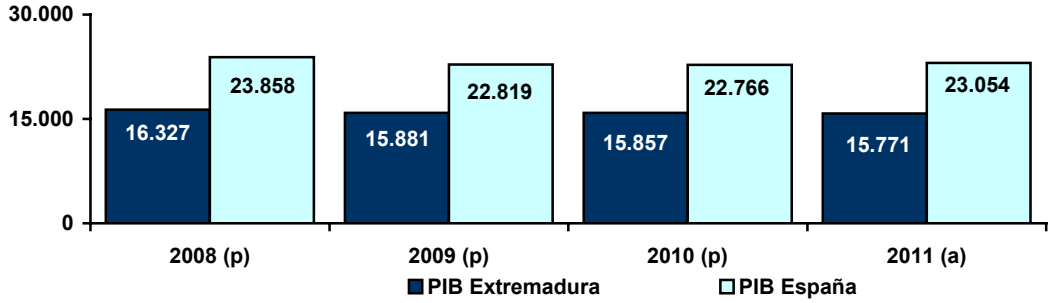


Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Series adaptadas a la metodología EPA-2005.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

8.2.-NIVEL DE RIQUEZA

El Producto Interior Bruto (PIB) nominal por habitante del año 2011, refleja que Extremadura ocupó la última posición en el listado nacional, con 15.771 euros por habitante, siendo la media para el territorio nacional de 23.054 euros. Figura 8.5.

Figura 8.5 Producto Interior Bruto por habitante. En euros. Extremadura y España. 2008-2011



(p) provisional; (a) avance.
Fuente: INE Contabilidad Regional de España. Base 2008.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La Encuesta de Estructura Salarial indica que, el salario bruto anual medio en el año 2010 en Extremadura fue de 19.480,55 euros, unos 3.309,65 euros menos que la media nacional, siendo el segundo salario más bajo de España. Por sexos, en Extremadura el salario bruto anual en varones fue de 20.787,03 y el de mujeres 17.876,85, con una desviación menor que la media nacional, aunque esto no significa una menor discriminación salarial ya que la disparidad puede deberse a la estructura del empleo en cada CCAA. Tabla 8.3.

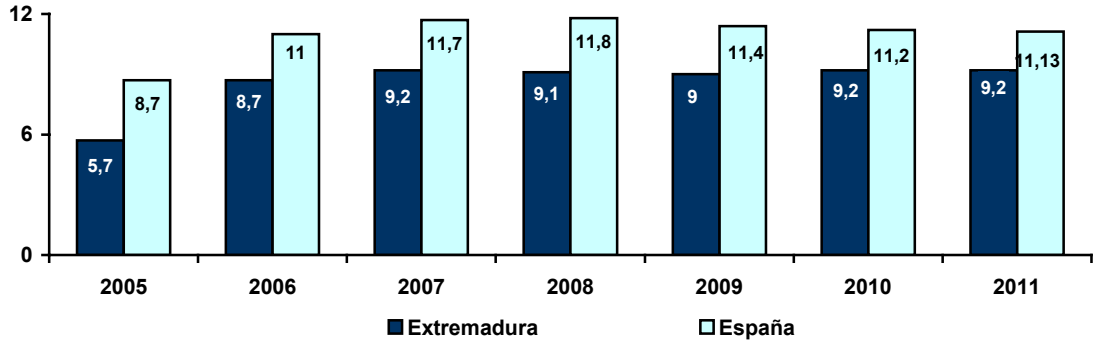
Tabla 8.3 Salario medio bruto anual (euros). España y Extremadura. 2010

	Total	Hombres	Mujeres
España	22.790,20	25.479,74	19.735,22
Extremadura	19.480,55	20.787,03	17.876,85

Fuente: INE. Encuesta de Estructura Salarial 2010
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

El gasto medio anual en bienes y servicios en Extremadura fue de 9.206 euros por persona durante 2011, frente a los 11.137 euros de la media nacional. Figura 8.6.

Figura 8.6 Evolución del gasto medio anual por persona en bienes y servicios. En miles de euros. Extremadura y España. 2005-2011



Fuente: INE. Encuesta de Presupuestos Familiares. Base 2006.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

En el año 2010 un 7,5% de las pensiones de jubilación fueron pensiones no contributivas, cifra por encima de la media nacional que se situó en el 4,7%.

En Extremadura se observa un menor uso de nuevas tecnologías de la información, (ordenador, Internet, conexión de banda ancha y teléfono fijo) que la media nacional. Tabla 8.4.

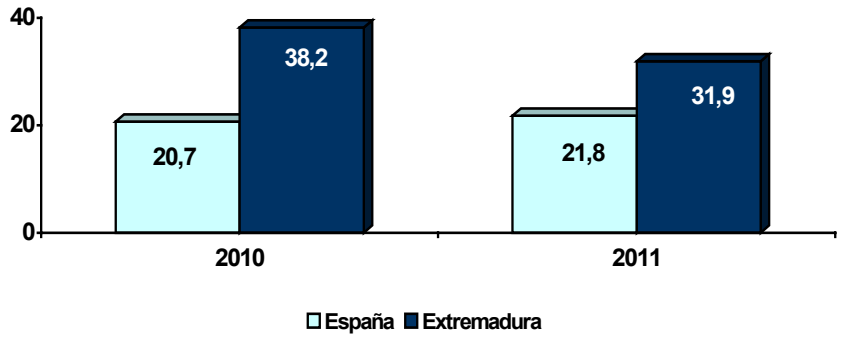
Tabla 8.4 **Porcentaje de viviendas con equipamiento y uso de tecnología de la información. Extremadura y España. 2012**

Uso de tecnología en viviendas	España	Extremadura
Ordenador	73,9	66,8
Internet	67,9	60
Conexión Banda Ancha	66,7	57,9
Teléfono fijo	79,7	70,1
Teléfono móvil	95,9	95,3

Fuente: INE. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los hogares.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La Tasa de Riesgo de Pobreza (porcentaje de personas que está por debajo del umbral de pobreza) de la Encuesta de Condiciones de Vida de la población residente en Extremadura, indica que para el año 2010 y el año 2011, la tasa fue del 38,2% y 31,9% respectivamente. Esta tasa se sitúa por encima de la media nacional que fue de 20,7% en 2010 y de 21,8% en 2011. Figura 8.7

Figura 8.7 **Tasa de Riesgo de Pobreza (porcentajes). España y Extremadura. 2010-2011**

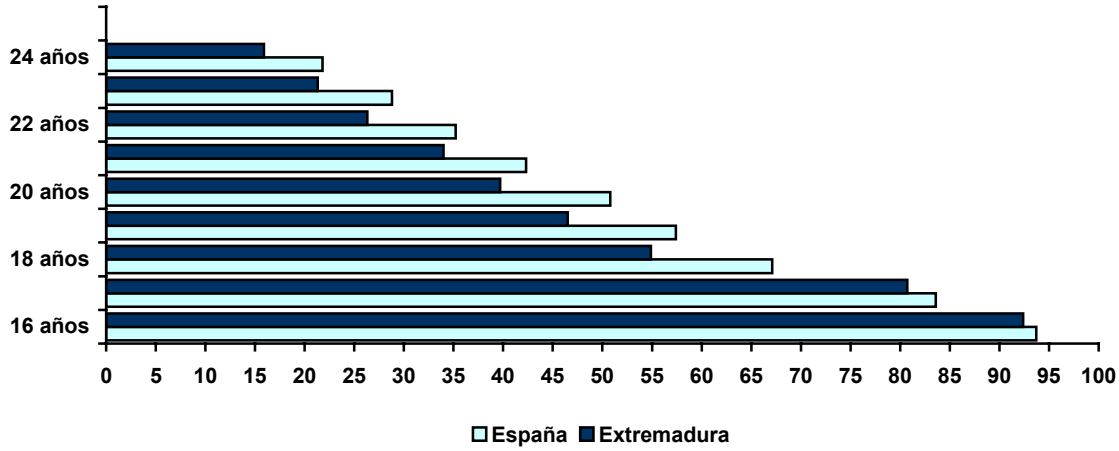


Fuente: INE. Encuesta de Condiciones de Vida.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

8.3.- EDUCACIÓN

En Extremadura en el curso 2009-10, prácticamente toda la población española entre 3 y 15 años estaba escolarizada. Sin embargo la tasa de escolarización disminuye por encima de los 15 años y a medida que aumenta la edad, tal como ocurre en el conjunto de España, aunque en Extremadura estas tasas son inferiores en todas las edades a la media nacional, acentuándose a partir de los 18 años. Figura 8.8.

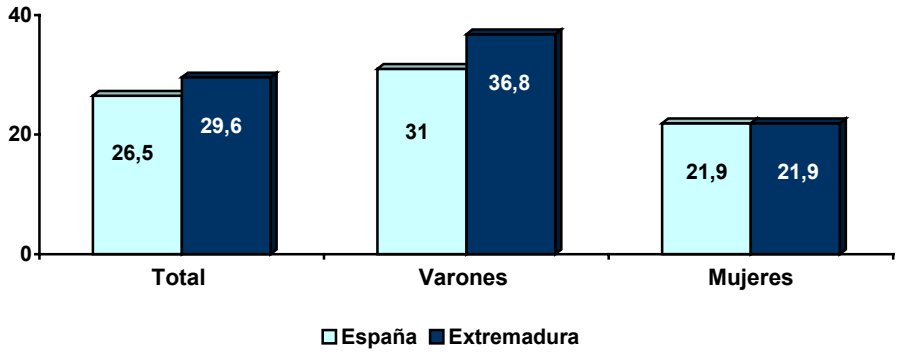
Figura 8.8 Tasa de escolarización 16-24 años. Extremadura y España. Curso 2009-2010



Fuente: Instituto Nacional de Evaluación Educativa. Sistema estatal de indicadores de la educación 2012.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

El abandono temprano de la educación y la formación entre personas de 18 a 24 años mantiene cifras importante en Extremadura. En el año 2011, un 29,6% de la población de esta edad había abandonado de forma temprana el sistema educativo, 3 puntos porcentuales por encima de la media nacional. Con respecto al sexo, en Extremadura las mujeres con abandono temprano son el 21,9%, similar a la media nacional, frente al 36,8% de los varones que supera el 31% nacional. Figura 8.9.

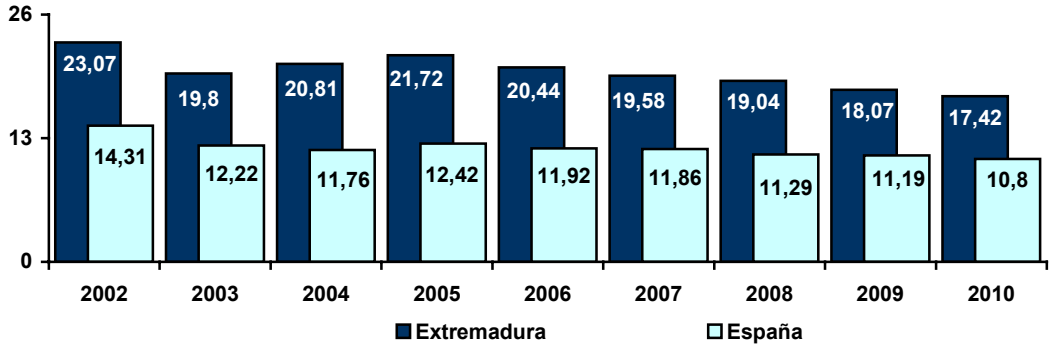
Figura 8.9 Porcentaje de personas entre 18-24 años que abandonan de forma temprana el sistema educativo. España y Extremadura. 2011



Fuente: Instituto Nacional de Evaluación Educativa. Sistema estatal de indicadores de la educación. 2012
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La población de 16 y más años analfabeta o sin estudios, ha disminuido en Extremadura 5,65 puntos porcentuales durante el periodo 2002-2010, pasando del 23,07% al 17,42%. En el conjunto de España, el porcentaje se situó en el 10,8% en el año 2010, con una disminución de 3,51 puntos porcentuales durante el período de estudio. Figura 8.10.

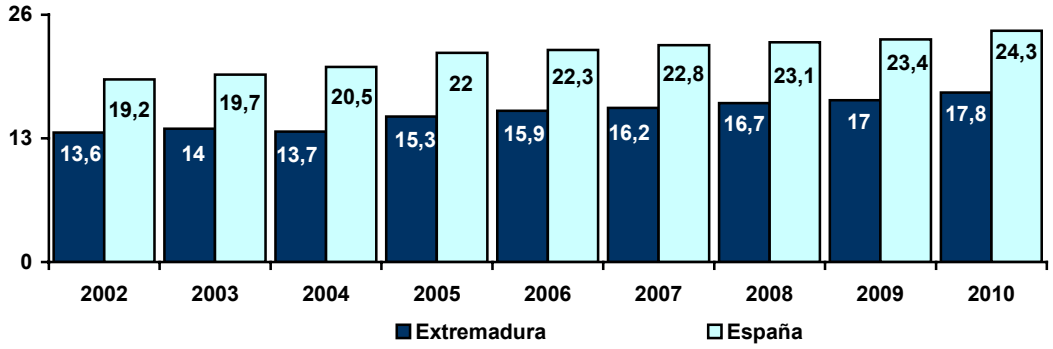
Figura 8.10 Evolución de la proporción de población de 16 y más años analfabeta/sin estudios. En porcentaje. Extremadura y España. 2002-2010



Fuente: INE. Indicadores Sociales.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La población de 16 y más años con estudios superiores, ha aumentado en Extremadura en el periodo 2002-2010 en 4,2 puntos porcentuales, pasando del 13,6% al 17,8%, con un incremento continuado a lo largo del período de estudio, aunque con cifras siempre inferiores a la media nacional. Figura 8.11.

Figura 8.11 Evolución de la proporción de población de 16 y más años con estudios superiores. En porcentaje. Extremadura y España. 2002-2010



Fuente: INE. Indicadores Sociales.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

9.- SISTEMA SANITARIO

9.1.- SERVICIOS SANITARIOS

En orden a adecuar al máximo la organización territorial a las necesidades de un Sistema Sanitario eficaz, eficiente y que posibilite la equidad en el acceso a sus servicios de todos los ciudadanos, se procedió a aprobar la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura. Con ella se produce una nueva ordenación y regulación del SSPE como parte integrante del SNS, y donde se integran y articulan funcionalmente el conjunto de actividades, servicios y prestaciones que tienen por fin la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de salud. La norma crea el Servicio Extremeño de Salud (SES) como un instrumento institucional para la gestión de las competencias y recursos sanitarios encomendados por el Gobierno de Extremadura.

Los servicios sanitarios de la CAE se caracterizan por la extensión de la atención sanitaria a toda la población, financiación pública, descentralización, acceso equitativo a los servicios sanitarios públicos e integración de la asistencia sanitaria con la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.

Desde 2002, la competencia de la atención sanitaria asistencial sobre la población beneficiaria de la Seguridad Social corresponde al SSPE, que cuenta como proveedor hegemónico al SES, organismo autónomo de carácter administrativo y cuyo fin será ejercer las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sanitarios que le encomiende la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura, conforme a los objetivos y principios de la Ley de Salud de Extremadura.

A la Comunidad Autónoma de Extremadura también le corresponden tareas de Salud Pública, ostentando la responsabilidad en la planificación, organización y ordenación de los servicios sanitarios. La producción en materia de actividades y funciones de Salud Pública competencia del Gobierno de Extremadura gira, sobre todo, en torno a programas básicos como: sistemas de información sanitaria; vigilancia y control epidemiológicos; control del entorno y medio ambiente; formulación de estrategias y programas de prevención y promoción de la salud; y apoyo técnico-científico, participativo y socio-cultural.

9.2.- ORDENACIÓN SANITARIA

Sanitariamente, Extremadura se estructura en dos niveles territoriales: las áreas de salud y las zonas de salud, respetando ambas estructuras territoriales los límites provinciales. En el año 2012 la organización sanitaria cuenta con 8 áreas y 113 zonas de salud. Tabla 9.1.

Tabla 9.1 **Áreas de salud del SES y evolución del número de zonas de salud. Extremadura. 1996-2012**

Áreas de Salud	Zonas de Salud			
	1996	2000	2004	2012
Badajoz	18	20	20	23
Mérida	10	12	13	13
Don Benito-Villanueva	12	13	14	14
Llerena-Zafra	8	9	9	9
Cáceres	20	20	22	24
Coria	7	7	7	7
Plasencia	14	14	14	15
Navalmoral de la Mata	8	8	8	8
SES	**97**	**103**	**107**	**113**

Fuente: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS. Servicio de Planificación y Ordenación.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La distribución del territorio y de la población a nivel del Mapa Sanitario de Extremadura no es homogénea, debido a su gran extensión y a la elevada dispersión poblacional, coexistiendo áreas de salud pequeñas y/o poco pobladas (Coria, Navalmoral de la Mata), junto a áreas extensas (Cáceres), y/o con una mayor población (Badajoz, Mérida). Tabla 9.2.

Tabla 9.2 **Población y extensión de Extremadura por áreas de salud. 2012**

Áreas de Salud	Habitantes	Km^2	Habitantes / Km^2
Badajoz	276.154	6.237,80	44,27
Mérida	169.951	3.392,45	50,10
Don Benito-Villanueva	142.773	6.963,77	20,50
Llerena-Zafra	105.655	5.172,21	20,43
Cáceres	198.690	10.559,19	18,82
Coria	46.819	2.415,80	19,38
Plasencia	112.904	3.990,13	28,30
Navalmoral de la Mata	55.184	2.903,08	19,01
Extremadura	**1.108.130**	**41.634,43**	**26,62**

Fuente: INE. Entorno físico.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

En el SSPE se diferencian tres niveles de especialización sanitaria: nivel primario, constituido por centros de salud, consultorios locales y unidades de apoyo; nivel secundario o de áreas; y nivel terciario o regional, cuyo ámbito territorial abarca todo el territorio de Extremadura y en el que se integran los recursos de alta especialización o de referencia regional.

9.2.1.- Áreas de salud

Todas las áreas de salud desarrollan diversas actividades, entre las que se encuentran el internamiento clínico y la asistencia especializada en su respectiva zona de influencia, incluyendo la promoción de la salud, la medicina preventiva y la rehabilitadora, la investigación y la docencia. En atención primaria se desarrollan, igualmente, acciones encaminadas a la promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, desde los propios recursos de ese nivel y en coordinación con los profesionales y estructuras del hospital de área y los centros de especialidades. Figura 9.1.

Figura 9.1 **Mapa Sanitario de Extremadura por áreas de salud. 2012**

DECRETO 238/2008, DE 7 DE NOVIEMBRE (DOE Nº 221, DE 14 DE NOVIEMBRE)
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Las áreas de salud tienen encomendada la coordinación con los servicios de carácter regional para la atención de las necesidades de los usuarios relativas a los medios asistenciales que exijan mayor especialización. En consonancia con lo expuesto, y teniendo en cuenta los estudios realizados, se hace recomendable el mantenimiento de ocho áreas de salud en Extremadura, pudiendo establecerse otras demarcaciones de carácter funcional como ámbitos de actuación de centros que, debido a su mayor o menor nivel de especialización o de innovación tecnológica, deban tener asignado un territorio de actuación distinto al del área. Tal es el caso de los nuevos hospitales y centros de alta resolución, enunciados en el apartado correspondiente a la atención especializada.

Cada área de salud, como estructura básica del Sistema, constituye el ámbito de referencia para la financiación de las actuaciones sanitarias que en ella se desarrollan. Su organización debe asegurar la continuidad de la atención en sus distintos niveles y la gestión de procesos, promoviendo la efectiva aproximación de los servicios al usuario y la coordinación de todos los recursos sanitarios y sociosanitarios, públicos y privados.

9.2.2.- Zonas de salud

Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios de atención primaria, las áreas de salud se dividen en zonas de salud. La zona de salud debe constituir una demarcación sanitaria única, respondiendo su delimitación a factores geográficos, demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, laborales, culturales, y de vías y medios de comunicación.

La experiencia acumulada, así como el análisis realizado sobre el Mapa Sanitario actual, hacen recomendable que se mantenga una actitud de adecuación periódica de la delimitación de las estructuras básicas de salud, a fin de dar respuesta, fundamentalmente, a los cambios demográficos, de vías de comunicación y nuevos asentamientos que se produzcan. Figura 9.2.

Figura 9.2 **Mapa Sanitario de Extremadura por zonas de salud. 2012**

Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

9.2.3.-Tipos de atención sanitaria

La ordenación funcional del SSPE desarrolla las funciones recogidas en la normativa, a través de las Administraciones Públicas en el ámbito de sus respectivas competencias. Los servicios sanitarios de Extremadura se ordenan en dos niveles: atención primaria y atención especializada (tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario). La atención a la demanda urgente, como una actividad más de asistencia sanitaria, recaerá sobre los centros y servicios sanitarios integrados y coordinados en el Sistema de Urgencias y Emergencias de la CAE.

9.3.- RECURSOS SANITARIOS Y ACTIVIDAD ASISTENCIAL

9.3.1.- Atención primaria

La atención primaria de salud constituye el primer nivel de actuación del SNS, según queda establecido mediante Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, y Ley 10/2001 de 28 de junio, de Salud de Extremadura, siguiendo las recomendaciones de la OMS que ya en 1978, en su Conferencia de Alma-Ata, proponía un modelo de sistema sanitario centrado en la atención primaria.

El desarrollo de la atención primaria en Extremadura, desde la asunción de las citadas competencias en materia de asistencia sanitaria, se está llevando a cabo partiendo de unas directrices básicas que pueden sintetizarse en:

- Un esfuerzo continuo encaminado a mejorar la accesibilidad y, por tanto, la equidad en el acceso a los recursos sanitarios públicos, tarea ésta dificultada por las condiciones geográficas y demográficas que caracterizan a Extremadura: elevada dispersión de los núcleos de población y un envejecimiento poblacional importante, sobre todo en los núcleos rurales de menor entidad.
- La optimización de los recursos existentes en atención primaria en la seguridad de que, siendo los recursos sanitarios más accesibles a la población usuaria, proporcionan una mayor eficiencia.
- La implicación de la población usuaria en la tarea de preservar la salud a través de actividades de educación y promoción de la salud.

Mapa de recursos de atención primaria

La dispersión geográfica de Extremadura tiene como consecuencia un número elevado de recursos del primer nivel de asistencia. En el año 2012 existían 113 zonas de salud, de las cuales se encontraban en funcionamiento 111, integrándose en las mismas los consiguientes equipos de atención primaria (EAP). El número total de centros asciende a 520, de los cuales 108 corresponden a centros de salud y 412 a consultorios locales. Tabla 9.3.

Tabla 9.3 Evolución de los recursos sanitarios por áreas de salud. Extremadura. 2009-2012

Áreas de Salud	EAP				Centros de Salud				Consultorios Locales			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Badajoz	21	21	21	22	21	21	21	22	45	45	45	44
Mérida	13	13	13	13	12	12	12	12	28	28	28	28
Don Benito-Va.	14	14	14	14	14	14	14	14	58	58	58	58
Llerena-Zafra	9	9	9	9	8	8	8	8	39	39	39	39
Cáceres	24	24	24	24	23	23	23	23	80	80	80	80
Coria	7	7	7	7	7	7	7	7	33	33	33	33
Plasencia	14	14	14	14	14	14	14	14	92	91	91	91
Navalmoral	8	8	8	8	8	8	8	8	39	39	39	39
TOTAL	**110**	**110**	**110**	**111**	**107**	**107**	**107**	**108**	**414**	**413**	**413**	**412**

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Atención Primaria.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Entre 1995 y 2012 se produce un considerable incremento en todas las áreas de salud del porcentaje de núcleos de población cuya distancia a su correspondiente centro de salud es inferior a 15 minutos, lo que evidencia una importante mejora en la accesibilidad a los recursos sanitarios públicos, sobre todo en las áreas de Cáceres (del 49,23% al 79,44%) y de Llerena-Zafra (del 57,89% al 84,62%). Esta positiva evolución ha sido posible gracias, sobre todo, a la apertura de nuevos centros de salud, junto con la mejora de la red viaria. Tabla 9.4.

Tabla 9.4 Evolución del porcentaje de núcleos de población por áreas de salud cuya distancia a su centro de salud de referencia es inferior a 15 minutos. Extremadura. 1995 y 2012

Áreas de salud	Distancia al Centro de Salud de referencia menor 15'	
	1995	2012
Badajoz	83,33 %	86,60 %
Mérida	76,00 %	92,45 %
Don Benito-Villanueva	68,85 %	85,00 %
Llerena-Zafra	57,89 %	84,62 %
Cáceres	49,23 %	79,44 %
Coria	79,31 %	97,73 %
Plasencia	66,67 %	82,81 %
Navalmoral de la Mata	65,79 %	77,78 %
Extremadura	**68,38 %**	**84,72 %**

Criterios para la elaboración: en autovías y carreteras nacionales se ha calculado el tiempo estimando una velocidad media de 100 km/h.; para carreteras autonómicas 90 km/h., provinciales 80 km/h. y locales 70 km/h.
Fuentes: INE (Nomenclátor 2007) y CSyPS (Mapa Sanitario de Extremadura).
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

En la evolución de los recursos humanos de EAP en Extremadura durante el periodo 2009-2012, se observa una tendencia estable, a excepción de un ligero descenso en el número del personal celador y de matronas, en el primer nivel asistencial. Tablas 9.5, 9.6 y 9.7.

Tabla 9.5 Evolución de Recursos Humanos (profesionales de farmacia, veterinaria y auxiliar de enfermería) en Atención Primaria por Áreas de Salud. Extremadura. 2009-2012

Áreas de Salud	P. FARMACIA				P. VETERINARIA				P. AUX. ENFERMERÍA			
	2009	2010	2011	2012*	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Badajoz	21	21	22	21	41	41	41	41	15	17	13	
Mérida	11	11	12	12	21	21	22	23	6	6	6	
Don Benito-Vva	13	14	14	15	24	24	24	25	10	11	10	
Llerena-Zafra	8	7	9	10	24	26	26	27	6	5	5	
Cáceres	23	23	23	25	39	43	40	42	16	17	14	
Coria	7	7	7	15	10	12	10	27	5	5	4	
Plasencia	11	13	16	10	25	27	25	17	14	10	10	
Navalmoral	8	9	11	8	13	16	12	11	3	6	2	
TOTAL	**102**	**105**	**114**	**116**	**197**	**210**	**200**	**213**	**75**	**77**	**64**	

*incluidos 6 IFM (1 BA, 1 ME, 1LL, 2PL, 1NV)
Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Atención Primaria.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Tabla 9.6 Evolución de Recursos Humanos (personal auxiliar administrativo, celador y matronas) en Atención Primaria por Áreas de Salud. Extremadura. 2009-2012

Áreas de Salud	P. AUX. ADMINISTRATIVO				P. CELADOR				MATRONAS			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Badajoz	59	77	77	77	28	32	27	27	12	12	12	12
Mérida	33	38	41	41	21	12	9	9	7	7	7	7
Don Benito-Vva.	31	35	35	35	21	20	17	17	7	7	7	5
Llerena-Zafra	22	27	27	27	12	13	13	13	5	5	5	4
Cáceres	46	54	55	55	18	27	18	18	17	17	17	16
Coria	9	11	11	11	4	4	4	4	3	3	3	2
Plasencia	23	29	32	32	9	11	9	9	10	10	10	10
Navalmoral	13	17	17	17	4	4	4	4	4	5	5	4
TOTAL	**236**	**288**	**295**	**295**	**117**	**123**	**101**	**101**	**65**	**66**	**66**	**60**

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Atención Primaria.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Tabla 9.7 Evolución de Recursos Humanos (profesionales de medicina de familia, pediatría y enfermería) en Atención Primaria, por Área de Salud. Extremadura. 2009-2012

Áreas de Salud	P. MEDICINA FAMILIA				P. PEDIATRÍA				P. ENFERMERÍA			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Badajoz	161	161	162	162	33	33	33	33	179	180	180	180
Mérida	102	102	102	103	21	21	21	21	117	117	117	117
Don Benito-Vva.	110	111	111	111	17	17	17	17	122	123	123	123
Llerena-Zafra	85	85	85	85	10	10	10	10	93	93	93	93
Cáceres	158	158	158	158	26	27	27	27	180	178	178	178
Coria	44	44	44	44	5	4	5	5	46	46	46	46
Plasencia	97	97	97	97	16	16	16	16	108	106	106	106
Navalmoral	53	53	53	53	6	6	6	6	53	52	52	52
TOTAL	**810**	**811**	**812**	**813**	**134**	**134**	**135**	**135**	**898**	**895**	**895**	**895**

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Atención Primaria.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

En atención primaria, la necesidad de conformar los tamaños de las poblaciones asignadas, ha motivado la realización de ajustes puntuales, en el procedimiento de adscripción de la población usuaria a sus profesionales médicos y pediatras, siempre partiendo del máximo respeto al ejercicio del derecho a la libre elección de facultativo/a en los términos reconocidos por la vigente normativa.

Junto a estos reajustes, ha sido necesario efectuar incrementos en las correspondientes plantillas de personal, atendiendo primordialmente a criterios poblacionales, tanto en lo referido al tamaño de las poblaciones de las zonas como a la estructura etaria de las mismas.

De esta manera, en el periodo 2009-2012 se han sucedido disminuciones de recursos que han redundado en un aumento de las ratios de tarjetas sanitarias, en números globales, adscritas por profesional de medicina general y pediatras. Tablas 9.8 y 9.9.

Tabla 9.8 Evolución del número y porcentaje de profesionales de medicina general según nº de Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) adscritas. Extremadura. 2009-2012

TSI	P. MÉDICINA GENERAL							
	2009		2010		2011		2012	
< 500	66	8,15%	66	8,13%	67	8,25%	67	8,24%
501-1000	204	25,19%	206	25,37%	217	26,72%	212	26,08%
1001-1500	263	32,47%	261	32,14%	268	33,00%	273	33,58%
1501-1800	248	30,62%	256	31,53%	246	30,30%	234	28,78%
> 1800	29	3,58%	23	2,83%	14	1,72%	27	3,32%
TOTAL	**810**	**100,00%**	**812**	**100,00%**	**812**	**100,00%**	**813**	**100,00%**

TSI: Tarjeta Sanitaria Individual.
Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Atención Primaria.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Tabla 9.9 Evolución del número y porcentaje de profesionales de pediatría según el número de Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) adscritas. Extremadura. 2009-2012

TSI	P. PEDIATRÍA							
	2009		2010		2011		2012	
< 500	18	13,43%	15	11,28%	15	11,19%	10	7,41%
501-1000	56	41,79%	59	44,36%	61	45,52%	58	42,96%
1001-1400	52	38,81%	52	39,10%	49	36,57%	57	42,22%
> 1400	8	5,97%	7	5,26%	9	6,72%	10	7,41%
TOTAL	**134**	**100,00%**	**133**	**100,00%**	**134**	**100,00%**	**135**	**100,00%**

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Atención Primaria.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

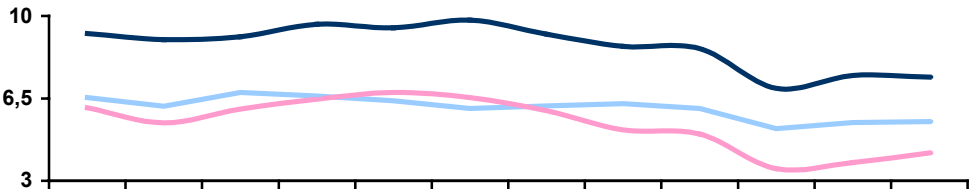
Actividad en atención primaria

Podemos analizar la actividad en atención primaria desde un doble punto de vista: cuantitativo y cualitativo.

Con la implantación del Programa Jara se pretende que el sistema de información sanitario sea suficiente de acuerdo a las necesidades que impone la gestión de los servicios sanitarios, por lo que se sigue trabajando activamente en su desarrollo. Es posible una doble aproximación en lo referente a la información cuantitativa y, asumiendo las limitaciones metodológicas que tal instrumento tiene, es factible realizar una aproximación cualitativa a través de las coberturas alcanzadas en los distintos servicios que conforman la cartera de servicios de atención primaria.

El volumen bruto de consultas efectuadas en el primer nivel de asistencia puede resultar una cifra difícil de interpretar en su secuencia evolutiva a lo largo del tiempo; esto se debe a que las variaciones de la población pueden artefactar este dato cuando lo que se pretende es medir el incremento en el uso de los servicios sanitarios por parte de los usuarios. Por ello puede resultar mas útil emplear el concepto de frecuentación, que pone en relación el número de consultas con la población que las genera y que se interpreta como “el número de veces que un/a usuario/a promedio emplea un determinado servicio”. La secuencia evolutiva de la frecuentación en consultas de atención primaria entre 2001 y 2012, indica una ligera tendencia al descenso en el año 2009, debido a que muchas de las consultas no fueron registradas en JARA, aunque la tendencia es ascendente durante los años 2011 y 2012. Se ha estimado la frecuentación en enfermería para el año 2009 (ya que se carecía de enfermería de cupo). Figura 9.3.

Figura 9.3 **Evolución de la frecuentación en consultas de atención primaria. Extremadura. 2001-2012**

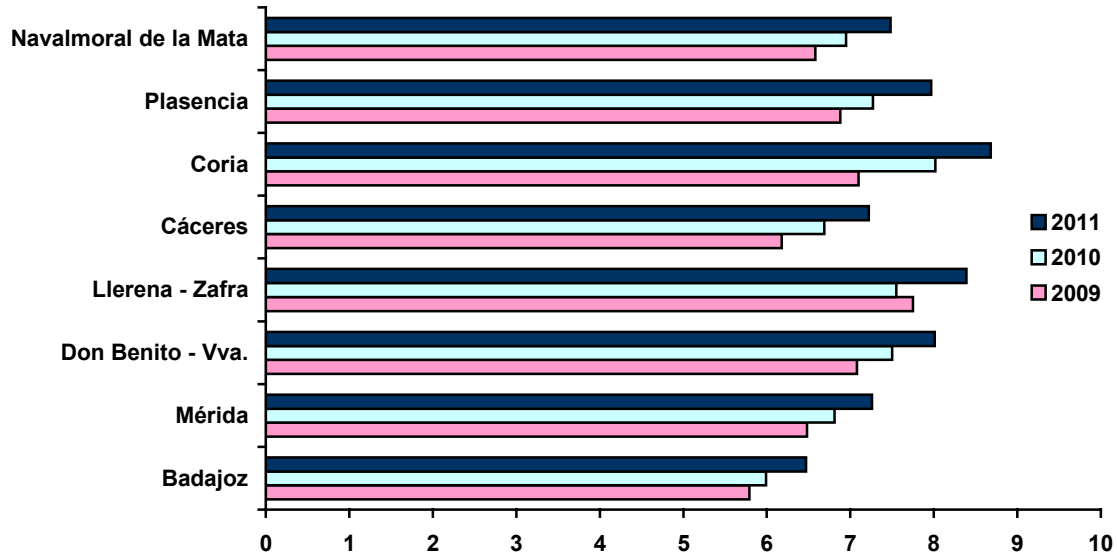


	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Medicina F.	9,25	8,99	9,12	9,64	9,5	9,83	9,22	8,71	8,61	6,93	7,47	7,41
Pediatría	6,54	6,17	6,75	6,6	6,4	6,07	6,18	6,28	6,07	5,22	5,47	5,51
Enfermería	6,1	5,46	6,05	6,47	6,75	6,54	5,98	5,16	4,98	3,51	3,77	4,18

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Atención Primaria.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La evolución de la frecuentación en consultas de medicina de familia por áreas de salud, se refleja en la comparativa entre los años 2009, 2010 y 2011 donde pueden apreciarse cifras muy similares en todas las áreas de salud, excepto en Coria, en la que es superior la frecuentación, y moderadas variaciones en los datos entre 2009, 2010 y 2011, observándose una leve tendencia general al ascenso de la frecuentación (probablemente debido a que la población enferma atendida, es registrada en JARA). Figura 9.4.

Figura 9.4 **Evolución de la frecuentación en consultas de medicina de familia por áreas de salud. Extremadura. 2009-2011**



Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Atención Primaria.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La Cartera de Servicios de Atención Primaria, con más de 15 años de historia, junto con la nueva Cartera de Servicios del SES en Atención Primaria, han supuesto la implementación de una herramienta de mejora de la calidad de los servicios que se prestan desde los recursos de atención primaria. La misma no sólo muestra la oferta de servicios de este nivel asistencial, sino que además incorpora, mediante su metodología de seguimiento y evaluación de esta oferta, información sobre los contingentes de población incluidos en cada uno de los servicios (y, por ello, la cobertura de los mismos con relación a las correspondientes poblaciones totales subsidiarias) y unas normas técnicas que pretenden proporcionar estándares de calidad asistencial para cada uno de los servicios que contiene la Cartera. El análisis de la misma permite:

- Obtener información cualitativa sobre, al menos, parte de la actividad asistencial que se realiza desde los EAP
- Expresar, mediante un índice sintético, el denominado producto global, la carga de trabajo que supone la consecución de unos determinados resultados en cuanto a la cobertura de cada uno de los servicios contenidos en la Cartera.
- Detectar áreas de mejora en lo referente a la detección de deficiencias de coberturas de determinadas actividades incluidas en la Cartera, sirviendo como patrón de comparación entre las diferentes zonas básicas de salud, así como el grado de consecución de los estándares de calidad incluidos como normas técnicas, posibilitando el diseño e impacto de medidas específicas destinadas a subsanar estas deficiencias, bien en lo referente a coberturas de los servicios o con relación al cumplimiento de los estándares de calidad.

La Cartera de Servicios en Atención Primaria del SES constituye una herramienta imprescindible a la hora de examinar la actividad asistencial, ya que, en ausencia de un registro de morbilidad adecuado, constituye la mejor perspectiva disponible de la actividad desarrollada desde un punto de vista cualitativo en relación con determinados problemas de salud, aún a sabiendas de que no refleja la totalidad de la actividad que se realiza desde los recursos de atención primaria.

La nueva Cartera de Servicios se implantó en el año 2007. En la tabla siguiente se detallan los servicios que contiene (agrupados en tres grandes grupos según la actuación que se hace a la población usuaria: preventivos, crónicos y otros), y la cobertura en porcentaje de los años 2010 y 2011. Tabla 9.10.

Tabla 9.10 **Cartera de servicios de atención primaria del SES. Cobertura 2010 y 2011**

SES CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA			COBERTURA (%)	
			2010	2011
PREVENTIVOS	101	Promoción de la lactancia materna	125	502
	102	Promoción hábitos saludables y autocuidados en la infancia y adolescencia	28	166
	103	Prevención de patología cardiovascular	35	203
	111	Detección precoz de errores congénitos del metabolismo	124	499
	112	Detección precoz de hipoacusias infantiles	50	236
	113	Detección precoz de displasia del desarrollo de cadera	136	524
	114	Detección precoz de criptorquidia	113	499
	115	Detección precoz de anomalías oculares y de la visión	27	161
	121	Supervisión de crecimiento y desarrollo físico	36	206
	122	Supervisión del desarrollo psicomotor y el aprendizaje	28	163
	201	Promoción hábitos saludables y prevención de la enfermedad en relación con la alimentación	2	8
	202	Promoción hábitos saludables y prevención de conductas de riesgo en relación con la actividad sexual	2	11
	203	Promoción de la salud en relación con: Ejercicio, consumo de tóxicos y otras conductas de riesgo	3	15
	301	Consulta preconcepcional	0	2
	302	Captación y valoración de la mujer embarazada	66	247
	303	Seguimiento de la mujer embarazada	95	388
	304	Educación maternal	42	188
	305	Consulta puerperal	36	144
	311	Información y seguimiento de tratamientos anticonceptivos	16	59
	312	Seguimiento de la mujer que utiliza anticoncepción hormonal	23	94
	313	Implantación y seguimiento de DIU por el EAP	37	139
	322	Diagnóstico precoz de cáncer de endometrio	23	72
	330	Atención a la mujer en el climaterio	13	47
	721	Prevención de enfermedades cardiovasculares	34	121
	731	Atención a la familia	0	0
	732	Prevención del síndrome del “nido vacío”	0	0
	733	Prevención de conductas de riesgo de los hijos (33340/1, 37)	0	1
	734	Prevención de malos tratos	0	0
CRÓNICOS	401	Atención a pacientes con hipertensión arterial	59	165
	402	Atención a pacientes con diabetes	79	221
	403	Atención a pacientes con dislipemias	31	92
	404	Atención a pacientes con obesidad	45	133
	405	Atención a pacientes con EPOC	15	40
	410	Atención a pacientes con VIH – SIDA	8	23
	420	Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados	8	21
	430	Atención al paciente anciano y a la persona mayor frágil	26	68
	440	Atención al cuidador del paciente dependiente	2	5
	451	Atención a fumadores y apoyo a la deshabituación del tabaco	2	6
	452	Atención al consumidor excesivo de alcohol	2	6
	500	Atención al paciente con necesidad de Cuidados Paliativos	2	5
	601	Atención al paciente con trastorno de ansiedad	3	8
	602	Atención al paciente con trastorno depresivo	4	15
OTROS	800	Tratamientos fisioterapéuticos básicos	33	230
	900	Servicio de cirugía menor en atención primaria	17	163

*Los datos de cobertura del año 2011 corresponden al sumatorio de cobertura de años anteriores, desde que se implantó el Proyecto Jara en junio de 2005 hasta el año 2011.
Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Atención Primaria.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Atención continuada

Extremadura dispone de una amplia red de Puntos de Atención Continuada (PAC), que constituyen el recurso específico desde el que se garantiza la atención continuada en atención primaria fuera del horario habitual de funcionamiento de los diversos centros y, en particular, a partir de las 15 horas de lunes a viernes (algunos en horario de 15 a 22 horas y otros de 15 a 8 horas del día siguiente) y las 24 horas los sábados, domingos y festivos.

Los PAC se integran en el conjunto de recursos destinados a la urgencia, cubriendo la totalidad del territorio de Extremadura, y han experimentado, en tanto a recursos como en actividad, un importante incremento en los últimos años aunque se han reducido el número de PAC que permanecen abiertos (se han cerrado 15). Así el número de PAC ha pasado de los 126 en 2009 hasta los 111 en 2012, que son atendidos por un total de 129 equipos de atención continuada, ya que algunos PAC, pertenecientes a las ciudades de Badajoz, Cáceres, Mérida y Plasencia, cuentan cada uno de ellos con varios equipos.

La dotación mínima de los mismos es de una unidad básica asistencial (una plaza de medicina y una de enfermería). Con carácter general, están dotados además con una ambulancia para el transporte del personal sanitario.

Con la creación de las categorías de "Médico de atención continuada" y de "Enfermero/a de atención continuada" (Orden de la Consejería de Sanidad y Consumo de 20 de junio de 2005) y la posterior implementación de plazas específicas, el SSPE responde a las dificultades planteadas para cubrir las necesidades de la CAE, agravadas durante los últimos años por la escasez de profesionales sanitarios, especialmente de personal médico. Se observa que el número de profesionales de medicina y de enfermería se ha incrementado en el año 2012, respecto al año 2009, siendo el número de profesionales de medicina 301 y de enfermería 290.Tabla 9.11.

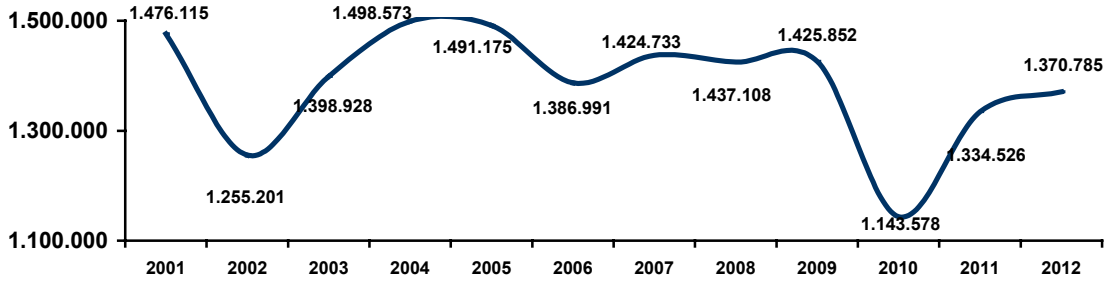
Tabla 9.11 **Evolución del número de recursos sanitarios por áreas de salud en atención continuada. Extremadura. 2009 y 2012**

Áreas de salud	P.A.C.		E. A. C.		P. Medicina		P. Enfermería	
	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012
Badajoz	24	22	24	22	50	56	53	51
Mérida	13	11	15	11	41	41	37	37
Don Benito-Villan.	17	16	17	16	38	40	40	41
Llerena-Zafra	11	9	11	9	32	30	30	30
Cáceres	25	22	25	22	51	51	49	49
Coria	8	8	8	8	18	18	18	18
Plasencia	18	14	19	14	32	43	36	42
Navalmoral Mata	10	9	10	9	19	22	22	22
SES	**126**	**111**	**129**	**111**	**281**	**301**	**284**	**290**

P.A.C.: Puntos de Atención Continuada. E.A.C.: Equipos de Atención Continuada.
Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Atención Primaria.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La evolución de los datos asistenciales en atención continuada revela una tendencia general a la estabilización de la actividad en este ámbito, con cifras muy elevadas, superiores en algunos años a 1.400.000 consultas desde 2001 hasta 2009, y con un descenso significativo en el año 2010 a 1.143.319 consultas, incrementándose de nuevo en los años 2011 y 2012 hasta las 1.370.785 consultas. Figura 9.5.

Figura 9.5 Evolución del número de consultas atendidas en atención continuada. Extremadura. 2001-2012



Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Atención Primaria.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Unidades de apoyo en atención primaria

El mapa de recursos de atención primaria se completa con una serie de unidades de apoyo que, mediante el abordaje específico de determinados aspectos de la atención a la salud, proporcionan al primer nivel una mayor capacidad resolutiva y mejoran el acceso de los ciudadanos a los distintos servicios sanitarios.

El conjunto de estas unidades de apoyo a la atención primaria, formado por los Centros de Orientación Familiar (COFs), los Equipos de Salud Mental (ESM), las Unidades de Fisioterapia, las Unidades de Radiología, las Unidades de Salud Bucodental (USB) y las Unidades de Telemedicina y los Centros de Atención a las Drogodependencias, más los Puntos de Atención a las Drogodependencias (CEDEX/PAD), constituyen una pieza fundamental de la atención primaria tal y como hoy la conocemos.

En la evolución de los COFs y los ESM en Extremadura durante el periodo 2009-2012, se observa que permanecen abiertos todos, a excepción de 1 COF cerrado en el área de Badajoz respecto a 2009. En lo referente a las unidades de Telemedicina, en el año 2009 estaban en funcionamiento 30 unidades, con un descenso a 28 en el año 2012. Tabla 9.12.

Tabla 9.12 Evolución del número de COFs, ESM y Unidades de Telemedicina por Área de Salud. Extremadura. 2009-2012

Áreas de Salud	COFs				ESM				TELEMEDICINA			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Badajoz	7	6	6	6	6	6	6	6	7	8	8	9
Mérida	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	2	1
Don Benito-Vva.	6	6	6	6	3	3	3	3	5	5	4	4
Llerena-Zafra	4	4	4	4	2	2	2	2	3	3	3	3
Cáceres	7	7	7	7	4	4	4	4	5	5	5	5
Coria	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
Plasencia	3	3	3	3	2	2	2	2	4	4	4	4
Navalmoral	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
TOTAL	**32**	**31**	**31**	**31**	**21**	**21**	**21**	**21**	**30**	**31**	**28**	**28**

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Atención Primaria.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

En la evolución de las unidades de Fisioterapia, Radiología y de Salud Bucodental (USB), se observa un descenso de las unidades de Fisioterapia, un incremento de las de Radiología, no habiéndose instalado ninguna Unidad de Salud Bucodental nueva desde el año 2009. Tabla 9.13.

Tabla 9.13 **Evolución del número de unidades de Fisioterapia, Radiología y USB en atención primaria por Área de Salud. Extremadura. 2009-2012**

Áreas de Salud	FISIOTERAPIA				RADIOLOGÍA				USB			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Badajoz	15	15	15	15	4	4	6	6	6	6	6	6
Mérida	5	5	5	5	2	2	1	1	3	3	3	3
Don Benito-Vva.	10	13	13	13	2	2	4	4	5	5	5	5
Llerena-Zafra	6	6	6	6	3	3	3	3	4	4	4	4
Cáceres	10	10	10	10	4	5	5	5	8	8	8	8
Coria	4	4	4	4	1	1	2	2	2	2	2	2
Plasencia	10	13	13	13	1	2	2	2	3	3	3	3
Navalmoral	5	4	4	4	1	1	1	1	2	2	2	2
TOTAL	**65**	**70**	**70**	**70**	**18**	**20**	**24**	**24**	**33**	**33**	**33**	**33**

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Atención Primaria.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

9.3.2.- Atención a conductas adictivas

Recursos específicos

Los recursos específicos de atención a las conductas adictivas por áreas de salud se reflejan en la Tabla 9.14.

Tabla 9.14 **Recursos específicos de atención a las conductas adictivas por áreas de salud. Extremadura. 2010**

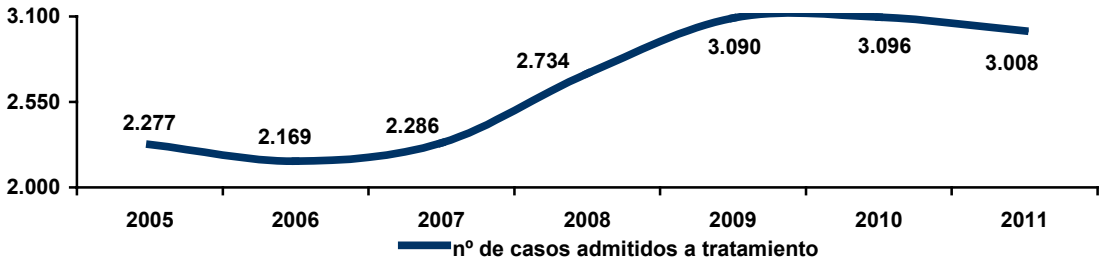
Recursos	BA	ME	DB	LL	CC	CO	PL	NV	SES
Centros de Atención Ambulatoria[1]	6	3	6	4	2	1	2	1	**25**
Comunidades Terapéuticas	2	1	1	1		1	2		**8**
Unidad Móvil de Reducción de Daño	1		1	1	1		1		**5**
Otros Centros de Atención Ambulatoria (alcohol)	2	2	3	2	2	1			**12**
Centros de Tratamiento Breve			1						**1**
Unidades de Desintoxicación Hospitalaria	1						1		**2**
Asociaciones Jugadores Azar Rehabilitación		1			1		1		**3**
Pisos de Inserción			1		1				**2**
Centros de Día	1	1	2			1			**5**

[1]Centros ambulatorios de Atención a Conductas Adictivas (CEDEX); Puntos de Atención a Drogodependencias (PAD); ATABAL, CREATO, PROYECTO VIDA.
Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Secretaria Técnica de Drogodependencias.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Admisiones a tratamiento

Se observa un descenso en el número de casos admitidos a tratamiento durante los últimos siete años en los centros ambulatorios de atención a drogodependencias y otras conductas adictivas por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (incluidos tabaco y alcohol). Figura 9.6.

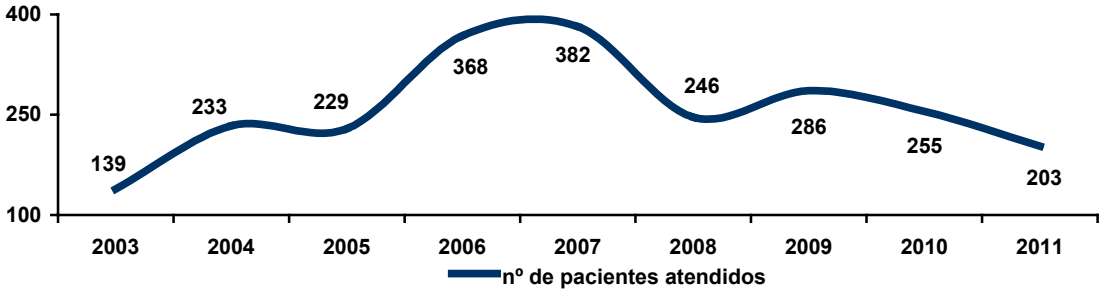
Figura 9.6 Evolución del número total de casos admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Extremadura. 2005-2011



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Secretaria Técnica de Drogodependencias.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Se observa una tendencia descendente en la evolución del número de pacientes atendidos en los dispositivos de atención al juego patológico en centros conveniados con el SES (Asociaciones de Jugadores de Azar en Rehabilitación). Figura 9.7.

Figura 9.7 Evolución de la prevalencia de pacientes atendidos en los dispositivos de atención al juego patológico en centros convenidos con el SES. Extremadura. 2003-2011



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Secretaria Técnica de Drogodependencias.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

9.3.3.- Atención a la salud mental

Las actuaciones en materia de prevención de la enfermedad mental se han venido realizando en el marco de los programas de educación para la salud, subvencionados desde la Consejería de Salud. La dotación de la oferta de atención a la salud mental en Extremadura se refleja en la Tabla 9.15.

Tabla 9.15 Dotación de la oferta de atención a la salud mental. Extremadura. 2012

Oferta a la salud mental	Unidades	Plazas	Profesionales			
			Psiquiatra	Psicólogo	Enfermera	Otros
Equipos de Salud Mental Adultos (ESM)	16	-	36,5	25	21	6
Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil (ESMIJ)	3	-	2,5	4	3	1
Unidad Trastornos Conducta Alimentaria (UTCA)	2	-	1,5	1,5	2	0
Unidades Hospitalización Breve (UHB)	5	93	19,5	4,5	36	60
Hospital de Día (HD)	-	-	-	-	-	-
Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	6	380	0	18	0	41
Pisos de apoyo a los CRPS (PA)	6	24				
Programa Apoyo Sostenido CRPS	1	30				

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES.Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

9.3.4.- Atención especializada

El SSPE, definido en la Ley 10/2001 de 28 de junio, de Salud de Extremadura, viene a consolidarse con la culminación del proceso de transferencias sanitarias en diciembre de 2001.

La concepción integral de la salud derivada de la propia Ley se traslada al sistema sanitario determinando una organización acorde con la misma, fundamentada en la integración dentro de una misma estructura gerencial de los niveles de atención primaria y atención especializada.

La atención especializada sigue consumiendo, como tradicionalmente ha sucedido, la mayor parte de los recursos destinados a los cuidados de salud. El programa de modernización de las infraestructuras sanitarias puesto en marcha por la Administración Autonómica, que tiene como objetivo la adecuación de las mismas a las necesidades de la población extremeña de acuerdo con lo establecido en el PSE, así como dar respuesta a uno de los objetivos del Gobierno Autonómico de mejorar el entorno y la calidad de la atención en los hospitales públicos a través de la oferta de una habitación por enfermo, ha contribuido, sin duda, a pesar de las inversiones realizadas en atención primaria, a mantener esa diferencia.

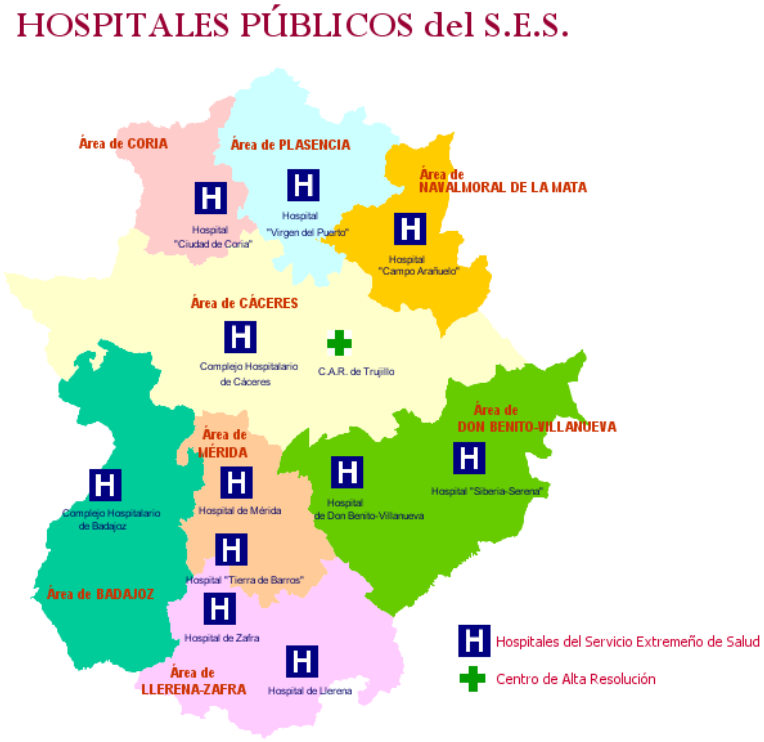
No obstante, el Sistema Sanitario se dirige hacia el futuro dibujado en la Ley de Salud, haciendo efectivos los derechos de los usuarios recogidos en la misma, adoptando las medidas necesarias para ofertar una atención de calidad no sólo científica, sino también de relación con el ciudadano a través de una mejora de los entornos sanitarios y la accesibilidad a los servicios, potenciando aquellos recursos que contribuyan a la mejora de la calidad asistencial, favoreciendo la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias y, en definitiva, situando al ciudadano en el centro del propio sistema.

Mapa de recursos en atención especializada

El SSPE se ordena en 8 Áreas de Salud: Badajoz (BA), Mérida (ME), Don Benito-Villanueva de la Serena (DB), Llerena-Zafra (LL), Cáceres (CC), Coria (CO), Plasencia (PL) y Navalmoral de la Mata (NV), cada una de las cuales cuenta, al menos, con un hospital de área.

Las áreas de salud de Badajoz, Mérida, Llerena-Zafra, Don Benito-Villanueva y Cáceres implementan otros hospitales, constituyendo los llamados complejos hospitalarios, que actúan funcional y estadísticamente como un solo centro sanitario. Figura 9.8.

Figura 9.8 Hospitales Públicos de SES y Centro de Alta Resolución. Extremadura. 2012



Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

A 31 de diciembre de 2010 Extremadura contaba con 24 hospitales, entre públicos y privados, y un total de 4.102 camas instaladas. Tabla 9.16.

Tabla 9.16 Hospitales según finalidad asistencial por áreas de salud. Extremadura. 2010

Hospitales	BA	ME	DB	LL	CC	CO	PL	NV	Extremadura
Hospitales públicos									
H. Generales	3*	2*	2*	2*	2*	1	1	1	**14**
H. Media y Larga Estancia		1					1		**2**
Hospitales privados									
H. Generales	1		2	1	2		1		**7**
H. Media y Larga Estancia		1							**1**
Total	**4**	**4**	**4**	**3**	**4**	**1**	**3**	**1**	**24**

*Forman el complejo hospitalario del área de salud. El complejo hospitalario se contabiliza como un solo hospital.
Fuente: SIAE 2010 EXTREMADURA. Estadística de Atención Especializada. Centros con Internamiento (C.1).
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Complejos hospitalarios

En Extremadura existen cinco complejos hospitalarios públicos. Estos complejos contabilizan como un solo hospital a los efectos de unidad declarante en los registros de datos que anualmente se suministran al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad al tener agregada la información de actividad y gasto:

-Complejo Hospitalario de Badajoz: Hospital Regional “Infanta Cristina”, Hospital “Materno-Infantil” y Hospital “Perpetuo Socorro”, todos ellos en Badajoz.
-Complejo Hospitalario de Mérida: “Hospital de Mérida”, en Mérida; y el hospital “Tierra de Barros” en Almendralejo.
-Complejo Hospitalario de D. Benito-Villanueva: “Hospital Don Benito-Villanueva”, en Don Benito; y el “Hospital Siberia-Serena” en Talarrubias.

-Complejo Hospitalario Llerena-Zafra: “Hospital de Llerena” en Llerena y el “Hospital de Zafra” en Zafra.
-Complejo Hospitalario de Cáceres: Hospital “San Pedro de Alcántara” y Hospital “Ntra. Sra. de la Montaña”, ambos en Cáceres.

Hospitales privados
A 31 de diciembre de 2010, en Extremadura están en funcionamiento 8 centros sanitarios con internamiento privados.

La distribución de estos centros por Áreas de Salud es la siguiente: Clideba (Ba); Fundación San Juan de Dios de Almendralejo (Me); Hospital San Antonio y Hospital Santa Justa (DB-V); Clínica Zafra Salud (Ll-Z); Clínica Virgen de Guadalupe y Clínica San Francisco (CC); Clínica Soquimex (PL).

Los hospitales clasificados según su dependencia funcional y número de camas instaladas, según capacidad del hospital aparecen recogidos en la Tabla 9.17.

Tabla 9.17 **Camas instaladas según número de camas de hospital. Extremadura 2010**

CAMAS PÚBLICAS	TOTAL		HASTA 99		100-199		200-499	
	HOSP	CAMAS	HOSP	CAMAS	HOSP	CAMAS	HOSP	CAMAS
SES (Hospital General)	14*	2.881	3	180	4	461	7	2240
H Media y Larga Estancia	2	816					2	816
TOTAL PÚBLICAS	**16**	**3.697**	**3**	**180**	**4**	**461**	**9**	**3.056**
CAMAS PRIVADAS	**TOTAL**		**HASTA 99**		**100-199**		**200-499**	
	HOSP	CAMAS	HOSP	CAMAS	HOSP	CAMAS	HOSP	CAMAS
Hospital General	7	275	7	275				
H Media y Larga Estancia	1	130			1	130		
TOTAL PRIVADAS	**8**	**405**	**7**	**275**	**1**	**130**		
TOTAL CAMAS EXTREMADURA	**24**	**4.102**	**10**	**455**	**5**	**591**	**9**	**3.056**

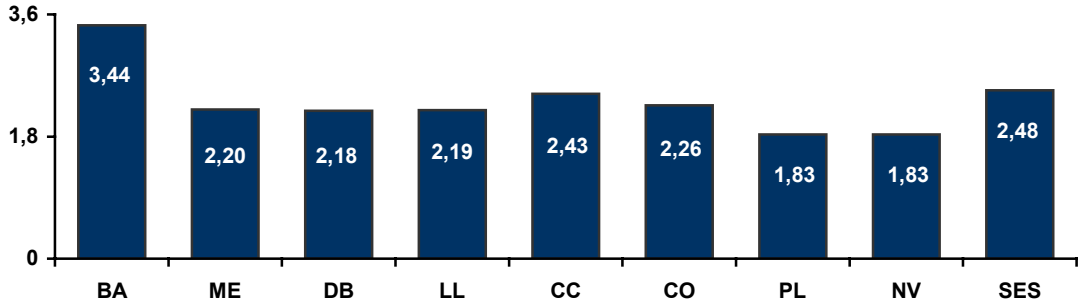
*11 forman 5 complejos hospitalarios El Complejo hospitalario se contabiliza como un solo hospital informante.
Fuente: SIAE 2010 EXTREMADURA. Estadística de Atención Especializada. Centros con Internamiento (C.1).
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Dotación de camas en funcionamiento
El concepto de dotación en funcionamiento, recoge el promedio anual de camas en funcionamiento (reflejando así mejor las variaciones estacionales en el nº de camas).

A partir de los años 90 se ha producido un estancamiento general en el número de camas de los centros hospitalarios, tanto instaladas como en funcionamiento, propiciado esencialmente por unos mayores índices de rotación y porcentajes de ocupación de las camas hospitalarias, así como por el incremento de las técnicas ambulatorias, tanto diagnósticas como terapéuticas.

En el año 2010, el número de camas en funcionamiento por 1.000 habitantes se situó, para los hospitales del SES en un total de 2,48. Figura 9.9.

Figura 9.9 Camas en funcionamiento / 1.000 habitantes* por Áreas de Salud. HOSPITALES SES. 2010



*TSI. Tarjeta Sanitaria Individual.
Fuente: SIAE 2010 EXTREMADURA. Estadística de Atención Especializada. Centros con Internamiento (C.1)
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Equipos de alta tecnología

En el año 2010 los hospitales del SES estaban dotados con un total de 53 equipos considerados de alta tecnología, con TAC y mamógrafos en todas las áreas de salud. Tabla 9.18.

Tabla 9.18 Equipos de alta tecnología en hospitales del SES, por áreas de salud. Extremadura. 2010

Equipos	BA	ME	DB	LL	CC	CO	PL	NV	SES
Acelerador Lineal	2	1					1		**4**
Angiógrafo Digital	1								**1**
Bombas de Telecobaltoterapia									
Densitómetros Óseos no portátiles	1								**1**
Equipos de Hemodiálisis									
TAC	4	2	2	2	3	1	2	1	**17**
Tomografía E-Positrones Y Pet-Tc	1								**1**
Resonancia Magnética	2	1	1	1	1		1		**7**
Gammacámara	3				2				**5**
Litotriptor por Ondas de Choque		1							**1**
Mamógrafos	1	3	2	2	3	1	1	1	**14**
Spect	1								**1**
Otros (Ciclotrón)	1								**1**
TOTAL	**17**	**8**	**5**	**5**	**9**	**2**	**5**	**2**	**53**
Equipos /100.000 Hbt.*	**6,47**	**4,87**	**3,51**	**4,82**	**4,64**	**4,39**	**4,47**	**3,59**	**4,91**

*SegúnTarjeta Sanitaria Individual.
Fuente: SIAE 2010 EXTREMADURA. Estadística de Atención Especializada. Centros con Internamiento (C.1).
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Recursos humanos en atención especializada

Los datos que aparecen a continuación tienen en cuenta el personal efectivo del Centro a 31-12-2010 y no los puestos de trabajo que figuran en plantilla. Incluye tanto el personal que presta sus servicios en el hospital, como el que lo hace, de forma total o parcial, en otros centros dependientes, siempre que perciban sus honorarios a cargo del centro del que dependen.

Los recursos humanos por mil habitantes en las diferentes áreas de salud, se recogen en la Tabla 9.19.

Tabla 9.19 Recursos humanos en atención especializada por cada 1000 habitantes. SES. 2010

Recursos humanos	BA	ME	DB	LL	CC	CO	PL	NV	SES
Medicina	2,08	1,47	1,48	1,49	1,93	1,38	1,37	1,24	1,68
Enfermería	3,33	1,83	2,36	2,26	3,22	2,54	2,11	2,1	2,63
Técnicos/as Sanitarios/as-FP	2,93	2,09	1,99	2,43	2,95	2,59	1,76	2,01	2,45
Total Personal Sanitario	**2,14**	**1,54**	**1,5**	**1,52**	**2,02**	**1,45**	**1,49**	**1,26**	**1,74**
Total Personal Sanitario N. F.	**6,37**	**3,97**	**4,43**	**4,77**	**6,25**	**5,22**	**3,98**	**4,18**	**5,16**
Total Personal No Sanitario	**3,85**	**2,62**	**2,89**	**2,61**	**3,26**	**3,25**	**2,41**	**2,6**	**3,07**

Fuente: SIAE 2010 EXTREMADURA. Estadística de Atención Especializada. Centros con Internamiento (C.1).
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Los recursos humanos en atención especializada del SES se reflejan en la Tabla 9.20.

Tabla 9.20 Recursos humanos en atención especializada. SES. 2010

Recursos humanos	BA	ME	DB	LL	CC	CO	PL	NV	SES
PERSONAL SANITARIO									
Especialidades Médicas	186	94	83	51	120	19	57	20	**630**
Otras Especialidades M.	195	75	67	59	127	17	49	22	**611**
Especialidades Quirúrgicas	165	73	60	45	127	27	47	27	**571**
Farmacéuticos y Otros	16	11	4	3	18	3	14	1	**70**
TOTAL	**562**	**253**	**214**	**158**	**392**	**66**	**167**	**70**	**1.882**
PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO									
Enfermería	876	300	336	235	624	116	236	117	**2.840**
Otros Sanitarios no Facultativos	27	8	11	8	17	4	12	4	**91**
Técnicos/as Sanitarios/as-FP	770	344	283	252	571	118	197	112	**2.647**
TOTAL	**1.673**	**652**	**630**	**495**	**1.212**	**238**	**445**	**233**	**5.578**
PERSONAL NO SANITARIO									
Dirección y Gestión	20	24	21	7	19	8	16	8	**123**
Trabajo Social	6	3	3	2	7	1	1	1	**24**
Personal de Oficio	325	37	200	70	203	37	78	87	**1.037**
Administrativos/as	284	148	184	90	204	52	98	11	**1.071**
Otros (Incluye celadores)	377	219	3	102	198	50	76	38	**1.063**
TOTAL NO SANITARIO	**1.012**	**431**	**411**	**271**	**631**	**148**	**269**	**145**	**3.318**
TOTAL	**3.247**	**1.336**	**1.255**	**924**	**2.235**	**452**	**881**	**448**	**10.778**

Fuente: SIAE 2010 EXTREMADURA. Estadística de Atención Especializada. Centros con Internamiento (C.1).
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Actividad asistencial en atención especializada

Los indicadores de hospitalización tratan de proporcionar una visión del funcionamiento interno del hospital en cuanto a movimiento de enfermos y utilización de las camas. En el cálculo de estos indicadores, se ha tenido en cuenta el número de camas en funcionamiento, el cual presenta una sensible diferencia en relación con los datos suministrados en el Catálogo Nacional de Hospitales que utiliza camas instaladas.

Para el conjunto de los hospitales del SES, el porcentaje de camas en funcionamiento respecto a las camas instaladas oscila alrededor de 93,12%.

Algunos de los indicadores de hospitalización más significativos de los hospitales del SES, se pueden observar en la Tabla 9.21.

Tabla 9.21 **Indicadores de hospitalización. Hospitales del SES. Extremadura. 2010**

	BA	ME	DB	LL	CC	CO	PL	NV	SES
Porcentaje de ocupación	70	78	79	68	79	48	71	57	72
Índice de rotación (enfermo/cama)	36	44	39	45	42	35	46	38	40
Estancia media	7,01	6,48	7,32	5,53	6,83	4,93	5,64	5,51	6,55
Ingresos totales / 1.000 habitantes	125	97	86	98	102	80	85	68	100
% ingresos programados	33%	23%	17%	21%	36%	38%	21%	25%	28%
Presión de Urgencias	67%	77%	83%	79%	64%	62%	79%	75%	72%

Fuente: SIAE 2010 EXTREMADURA. Estadística de Atención Especializada. Centros con Internamiento (C.1).
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Los indicadores de actividad en consultas recogen una parte importante del funcionamiento del hospital relacionada con las consultas realizadas, incluidas las consultas externas. El número de consultas por 1.000 habitantes se situó, para el conjunto de los hospitales generales del SNS, en 1.456,94, mientras que para Extremadura se refleja un total de 1.410,19. Los principales indicadores de actividad en consultas en hospitales del SES, se reflejan en la Tabla 9.22.

Tabla 9.22 **Principales indicadores de actividad en consultas. Hospitales del SES. Extremadura. 2010**

Consultas	BA	ME	DB	LL	CC	CO	PL	NV	SES
Total de consultas	452.230	198.575	173.238	133.269	271.430	71.845	166.670	55.903	**1.523.160**
Total Primeras consultas	166.503	73.978	71.448	46.272	108.863	30.967	57.082	22.160	**577.273**
Total Consultas sucesivas	285.727	124.597	101.790	86.997	162.567	40.878	109.588	33.743	**945.887**
Consultas /1.000 hab.	1.721	1.209	1.218	1.283	1.400	1.576	1.491	1.003	**1.410**
1ª Consultas/Cons. totales	37%	37%	41%	35%	40%	43%	34%	40%	**38%**
Ratio sucesivas-primeras	1,72	1,68	1,42	1,88	1,49	1,32	1,92	1,52	**1,64**

Fuente: SIAE 2010 EXTREMADURA. Estadística de Atención Especializada. Centros con Internamiento (C.1).
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Los indicadores de actividad quirúrgica muestran las intervenciones realizadas en los centros hospitalarios y el grado de aprovechamiento de los quirófanos en funcionamiento en los mismos. El número total de actos quirúrgicos por 1.000 habitantes fue para el conjunto de los hospitales generales del SNS de 71,24, mientras que para Extremadura se refleja un total de 72.Tabla 9.23.

Tabla 9.23 **Actos quirúrgicos. Hospitales del SES. Extremadura. 2010**

Actos quirúrgicos	BA	ME	DB	LL	CC	CO	PL	NV	SES
Con hospitalización	12.542	4.231	3.270	3.242	8.080	1.521	3.497	1.292	37.675
Con Cirugía Mayor Ambulatoria	9.534	1.747	1.273	283	1.475			1.115	15.427
Resto intervenciones Ambulatorias	7.384	2.862	2.984	2.695	4.063	1.062	4.006		25.056
Total Actos Quirúrgicos	**29.460**	**8.840**	**7.527**	**6.220**	**13.618**	**2.583**	**7.503**	**2.407**	**78.158**
Actos Quirúrgicos / 1.000 habt.	112	54	53	60	70	57	67	43	72
Actos Quirúrgicos /Quirófano	982	804	1.255	691	908	646	1.251	481	909

Fuente: SIAE 2010 EXTREMADURA. Estadística de Atención Especializada. Centros con Internamiento (C.1).
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Los indicadores de actividad obstétrica reflejan el grado de actividad desarrollada en los paritorios correspondientes a los centros hospitalarios, así como la tasa de cesáreas realizadas respecto a los partos totales. Tabla 9.24.

Tabla 9.24 **Indicadores de actividad obstétrica. Hospitales del SES. Extremadura. 2010**

Indicadores	BA	ME	DB	LL	CC	CO	PL	NV	SES
Partos por vía vaginal	2.269	1.262	739	475	1.122	228	523	305	6.923
Cesáreas	630	448	348	218	495	102	284	153	2.678
Tasa de Cesáreas	21,73	26,20	32,01	31,46	30,61	30,91	35,19	33,41	27,89
Total de partos	**2.899**	**1.710**	**1.087**	**693**	**1.617**	**330**	**807**	**458**	**9.601**

Fuente: SIAE 2007-2010 EXTREMADURA. Estadística de Atención Especializada. Centros con Internamiento (C.1).
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Los indicadores de actividad de urgencias hospitalarias reflejan el grado de actividad realizada en los servicios de urgencias, pertenecientes a los centros hospitalarios del SES, así como el ratio de urgencias ingresadas respecto a las urgencias totales y la presión de urgencias. La presión de urgencias para los hospitales Públicos-SNS, fue de 61,38%, siendo de 72% para el mismo año y hospitales públicos del SES. Esto viene a plasmar uno de los problemas estructurales de nuestro sistema sanitario, como es la utilización masiva de las urgencias hospitalarias. Las urgencias totales por 1.000 habitantes, se situaban en 455 para los hospitales Públicos-SNS ejercicio 2010, y en 450 para los hospitales pertenecientes al SES.Tabla 9.25.

Tabla 9.25 **Indicadores de actividad de urgencias. Hospitales del SES. Extremadura. 2010**

	Urgencias totales	Altas	Ingresos	Frecuentación /1000 Hbt	% Urgencias ingresadas	Presión de urgencias
BA	159.115	133.229	21.895	605	14%	67%
ME	72.048	58.613	10.621	439	15%	77%
DB	65.320	54.444	9.174	459	14%	83%
LL	40.278	32.610	6.879	388	17%	79%
CC	75.910	63.777	11.310	392	15%	64%
CO	15.467	12.668	2.267	339	15%	62%
PL	38.657	32.246	6.093	346	16%	79%
NV	19.394	16.052	2.833	348	15%	75%
SES	**486.189**	**403.639**	**71.072**	**450**	**15%**	**72%**

Fuente: SIAE 2007-2010 EXTREMADURA. Estadística de Atención Especializada. Centros con Internamiento (C.1).
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La evolución de los indicadores más importantes de actividad hospitalaria en el conjunto de los hospitales del SES desde 2007 hasta 2010, se refleja en la Tabla 9.26.

Tabla 9.26 **Evolución de los indicadores de actividad hospitalaria. Hospitales del SES. Extremadura. 2007-2010**

Indicadores	2007	2008	2009	2010
Estancia media	6,36	7,29	6,44	6,55
Tasa de cesáreas	28,71	28,74	28,63	27,89
Frecuentación Urgencias 100/1.000 hbt.	44,88	45,29	45,39	45,01
Presión de urgencias	73,73	73,75	73,75	72,26

Fuente: SIAE 2007-2010 EXTREMADURA. Estadística de Atención Especializada. Centros con Internamiento (C.1).
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

9.3.5.- Urgencias y emergencias sanitarias

El Servicio de Atención de Urgencias y Emergencias a través del Teléfono Único Europeo de Urgencias 1.1.2, inició su implantación por la Consejería de Presidencia y Trabajo con el Decreto 137/1998, en virtud del R.D. 903/1997.

Mediante este servicio, los ciudadanos pueden requerir, en los casos de urgente necesidad, la asistencia de los servicios públicos en materia de seguridad ciudadana, de extinción de incendios y salvamento, de urgencias sanitarias y de protección civil, cualquiera que sea la Administración de la que dependan.

La organización del Sistema de Urgencias y Emergencias Sanitarias de Extremadura descansa en una serie de principios organizativos básicos, como son:

- La constitución de una red única de urgencias y emergencias sanitarias en la que se incluyen recursos asistenciales, tanto de atención primaria como de atención especializada, así como de un Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias integrado con el resto de los dispositivos de atención a urgencias y emergencias de Extremadura.
- El desarrollo de los recursos propios de atención a las urgencias y emergencias.
- La promoción de la formación de todos los profesionales implicados.

El Centro Coordinador, a raíz de la asunción de las competencias en materia de asistencia sanitaria del SNS por la Comunidad Autónoma de Extremadura, se integró en el Centro de Urgencias y Emergencias 112 - Extremadura, incluyendo la dotación de recursos físicos y humanos del área sanitaria de dicho centro.

Durante 2007 se completó la dotación de unidades medicalizadas de emergencias (UME) terrestres en Extremadura, hasta alcanzar un total de 16 unidades. De esta forma, la totalidad de las áreas de salud cuentan actualmente al menos con una UME, con la que se da asistencia a prácticamente el 100% de la población residente en Extremadura. Tabla 9.27.

Tabla 9.27 **Evolución de las Unidades Medicalizadas de Emergencias (UME). Extremadura. 2001-2011.**

	2001	2004	2009	2011
Badajoz	1	1	3	3
Mérida	1	1	1	1
Don Benito - Villanueva	1	2	3	3
Llerena - Zafra	1	1	2	2
Cáceres	1	1	2	2
Coria	0	1	1	1
Plasencia	1	1	3	3
Navalmoral de la Mata	0	1	1	1
Total	**6**	**9**	**16**	**16**

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Atención Primaria.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Además se encuentran en servicio:

- dos unidades medicalizadas de emergencia aérea que operan desde sus respectivas bases en Don Benito y Cáceres. De orto a ocaso, y en condiciones climatológicas favorables, cubren prácticamente a la totalidad de la población extremeña;
- dos vehículos de intervención rápida (VIR) en la ciudad de Badajoz y en la Zona de Salud de Montijo, respectivamente, que atienden las urgencias que ocurren de 8 a 15 horas durante los días laborables. Figura 9.10.

Figura 9.10	Mapa sanitario del Sistema de Urgencias y Emergencias Sanitarias de Extremadura. 2012

Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La actividad desarrollada desde el Sistema de Urgencias y Emergencias Sanitarias de Extremadura desde el año 2009 al 2011 fue canalizada a través del CCU-112.

El mayor incremento de la actividad atendida se ha dado en la demanda resuelta sin activación de las UMEs: con movilización de otros recursos, tales como centros de salud, PAC, ambulancia convencional, ambulancia de la Cruz Roja, etc.; y sin movilización de recursos, es decir, las demandas resueltas por teléfono (consejo médico, informativas).

Se puede apreciar un incremento significativo de la actividad durante los años 2009 y 2010, que decrece en el año 2011, tanto en el número de salidas realizadas por las UMES y helicópteros medicalizados, como por las llamadas recibidas y atendidas (aunque los datos de este año son aproximados, pues se produjo un traslado de sistemas y de edificio físico).Tabla 9.28.

Tabla 9.28 Evolución de la actividad del Sistema de Urgencias y Emergencias Sanitarias, coordinado por el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias 112. Extremadura. 2009-2011

Unidad	Salidas			Media salidas día			Traslados secundarios		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011	2009	2010	2011
Helicóptero Don Benito	248	221	206	0,68	0,61	0,56	52	50	32
Helicóptero de Cáceres	271	225	196	0,74	0,62	0,54	81	63	47
UME 1-1 Badajoz	1.912	1627	1233	5,22	4,46	3,38	111	90	87
UME 1-3 San Vicente Alc.	259	213	184	0,71	0,58	0,50	1	0	0
UME 1-4 Jerez Caballeros	436	472	369	1,19	1,29	1,01	1	0	1
UME 2-1 Mérida	1.122	984	689	3,07	2,70	1,89	6	5	2
UME 3-1 Don Benito	987	813	645	2,70	2,23	1,77	9	17	13
UME 3-2 Herrera Duque	330	328	257	0,90	0,90	0,70	43	56	44
UME 3-4 Cabeza Buey	392	376	297	1,07	1,03	0,81	12	18	23
UME 4-1 Zafra	615	633	459	1,68	1,73	1,26	9	22	16
UME 4-3 Azuaga	421	447	314	1,15	1,22	0,86	5	2	1
UME 5-1 Cáceres	1.519	1345	979	4,15	3,68	2,68	43	44	42
UME 5-2 Cañamero	211	249	227	0,58	0,68	0,62	2	0	0
UME 6-1 Coria	595	492	448	1,63	1,35	1,23	8	3	0
UME 7-1 Plasencia	936	866	634	2,56	2,37	1,74	10	4	2
UME 7-2 Caminomorisco	255	213	182	0,70	0,58	0,50	0	0	0
UME 7-3 Jaraíz Vera	459	414	345	1,25	1,13	0,95	0	0	0
UME 8-1 Navalmoral Mata	620	600	440	1,69	1,64	1,21	11	0	1
VIR 1-2 Badajoz	900	820	616	2,46	2,25	1,69	1	0	3
VIR 1-5 Montijo	234	274	222	0,64	0,75	0,61	0	1	0
Total	**28.136**	**11.612**	**8.942**	**76,87**	**32**	**25**	**405**	**375**	**314**

UME: Unidad Medicalizada de Emergencias. VIR: Vehículo de Intervención Rápida.
Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Atención Primaria (CCU- 112)
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La actividad del Sistema de Transporte Sanitario es coordinada:

- desde el CCU-112: (Ambulancia convencional urgencias (traslados a hospital); y Ambulancia convencional Urgencias con horario Parcial (UP) (traslados a PAC),
- y desde el Consorcio Extremeño de Transporte Sanitario.

La evolución de la actividad del Sistema de Transporte Sanitario no coordinada por el CCU-112, se refleja en la tabla 9.29.

Tabla 9.29 Evolución de la actividad del Sistema de Transporte Sanitario no coordinada por el CCU-112. Extremadura. 2010-2011

Sistema de Transporte Sanitario no coordinada por el CCU-112	Traslados		Media traslados/dia		Traslados secundarios	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011
Ambulancias convencionales Urgencias	22.481	17.383	61,59	47,62		
Ambulancias convencionales (traslados secundarios) interhospitalarios			30,45	31,21	11.117	11.393
Ambulancias convencionales (traslados secundarios) altas de urgencias			52,44	56,66	19.144	20.681
UMTS Urgencias			2,76	3,630	1.011	1.325
UMTS No Urgente			0,83	0,85	206	211
Ambulancias para transporte No Urgente (individual y colectivo)	452.891	505.238	1.833,56	2.045,49		
Ambulancias para transporte No Urgente interhospitalarios			55,64	56,12	13.744	13.863

Fuente: Consorcio Extremeño de Transporte Sanitario (CETS).
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Los datos de actividad del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias 112 durante el periodo 2005-2011 se resumen en la Tabla 9.30.

Tabla 9.30 **Evolución de los datos de actividad del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias 112. Extremadura. 2005-2011**

Años	Llamadas sanitarias	Salidas 112	Total	% diferencia
2005	34.367	8.001	42.368	
2006	36.039	9.535	45.574	+7,56
2007	43.529	11.188	54.717	+20,06
2008	45.423	11.739	57.162	+4,46
2009	47.648	12.722	60.370	+5,61
2010	60.184	10.712	70.896	+17,43
2011	56.433	10.766	67.199	-5,21

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Atención Primaria (CCU- 112)
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

9.4.- ACCESIBILIDAD

9.4.1.- Listas de espera

El número de pacientes pendientes de intervención quirúrgica, que fue disminuyendo desde el año 2003 hasta el 2007, sufrió un incremento a partir del 2008, llegando hasta los 23.080 pacientes en espera estructural en el año 2012. El tiempo medio de espera de pacientes en espera estructural (días) para intervenciones quirúrgicas es de 103 días en el año 2012. Por áreas de salud, el número de pacientes en lista de espera quirúrgica ha aumentado en todas las áreas durante el año 2012 con respecto al año anterior. Las especialidades que mayor número de pacientes en espera generaron en 2012 son: Oftalmología (5.828), Traumatología (5.741), Cirugía General y Digestiva (3.960), Urología (1.973), ORL (1.394), y Ginecología (1.250). Tabla 9.31.

Tabla 9.31 **Evolución de la lista de espera quirúrgica y tiempo medio de espera de pacientes en espera estructural por área de salud. En número de pacientes (y días). SES. 2003- 2012.**

Áreas de salud	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Badajoz	3.591	2.372	1.752 (47)	1.656 (41)	1.880 (37)	2.998 (51)	3.186 (55)	3.101 (62)	4.956 (55)	5.835 (97)
Mérida	1.576	2.045	1.651 (77)	1.532 (61)	1.525 (75)	1.815 (57)	1.414 (61)	1.565 (65)	2.201 (79)	2.699 (90)
Don Benito-Villanueva	1.917	2.514	2.607 (120)	1.812 (71)	1.825 (75)	1.784 (75)	1.893 (67)	1.752 (64)	2.333 (97)	2.383 (91)
Llerena-Zafra	1.572	1.946	1.897 (77)	1.797 (70)	1.642 (59)	1.648 (70)	1.730 (71)	1.775 (74)	2.087 (118)	2.440 (102)
Cáceres	3.330	4.083	3.292 (84)	2.957 (77)	3.050 (81)	3.073 (75)	3.352 (78)	3.686 (67)	5.604 (132)	5.922 (135)
Coria	1.139	927	911 (94)	839 (76)	587 (75)	575 (68)	720 (68)	598 (63)	828 (88)	1.132 (90)
Plasencia	2.103	1.406	1.492 (62)	1.539 (67)	1.554 (64)	1.496 (76)	1.525 (64)	1.557 (68)	1.734 (99)	1.914 (75)
Navalmoral de la Mata	793	678	553 (76)	625 (82)	677 (68)	630 (64)	526 (66)	487 (63)	608 (83)	755 (76)
SES	**16.021**	**15.971**	**14.155 (84)**	**12.757 (67)**	**12.740 (67)**	**14.019 (66)**	**14.346 (66)**	**14.521 (66)**	**20.351 (88)**	**23.080 (103)**

Fuente: Servicio Extremeño de Salud (Información sobre listas de espera) e Informe Defensor Usuarios SSPE.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

El número de pacientes en espera en 2012 es de 63.609, cifra inferior al año anterior, siendo la espera media para primera consulta de 99 días. Tabla 9.32.

Tabla 9.32 **Evolución de la lista de espera para primera consulta externa. En número de pacientes. Extremadura. 2004-2012**

Lista espera consultas externas	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
SES	33.567	35.908	34.050	33.935	36.556	36.183	36.381	72.205	63.609

Fuente: Servicio Extremeño de Salud (Información sobre listas de espera) e Informe Defensor Usuarios SSPE.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

El número de pacientes en espera estructural para primera prueba diagnóstica/terapéutica, ha sufrido una disminución en el año 2012 con respecto al año anterior, situándose en 35.101. Tabla 9.33.

Tabla 9.33 **Evolución de la lista de espera para primera prueba diagnóstica / terapéutica. En número de pacientes. Extremadura. 2005-2012**

Lista de espera pruebas diagnósticas*	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
SES	18.971	10.367	14.270	14.869	14.479	14.993	51.883	35.101

*TAC, resonancia, ecografía, mamografía, endoscopia, hemodinámica, ecocardiografía, ergometría.
Fuente: Servicio Extremeño de Salud (Información sobre listas de espera) e Informe Defensor Usuarios SSPE.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

9.5.- BANCO DE SANGRE

9.5.1.- Donaciones de sangre

El Banco de Sangre de Extremadura comenzó a funcionar en noviembre de 2002 como Centro Comunitario de Transfusión. Como tal, es el responsable último en Extremadura de la promoción, planificación, obtención, procesamiento y distribución de sangre y hemocomponentes.

Su objetivo final es el autoabastecimiento regional con productos de calidad y fiabilidad, objetivo que viene cumpliendo en los años transcurridos desde su implantación. Son 33.477 las personas que de forma voluntaria y altruista han donado su sangre en el año 2012, verdaderos artífices, en último término, de que en todo momento se haya podido ofrecer una cobertura hemoterápica suficiente a todos los hospitales de Extremadura.

El Banco de Sangre de Extremadura se abastece de las donaciones efectuadas en los hospitales (3.589 donaciones en 2012), pero sobre todo de las que obtiene mediante sus equipos de colectas en las diferentes localidades, centros de trabajo, centros de enseñanza, etc., de la región (47.044 donaciones en 2012). Para ello cuenta con la colaboración de las 8 Hermandades de Donantes de Sangre existentes en la región y su red de 317 colaboradores locales.

Extremadura ocupó en 2012 el segundo lugar del ranking en España en índice de donaciones de sangre, con 45,72 donaciones por 1.000 habitantes, cifra claramente superior a la media nacional, que fue de 37,44. Durante el año 2012 se obtuvieron 50.663 donaciones de sangre, con un incremento del 4,15% sobre el año anterior, siendo la cifra de donaciones más elevada desde el año 2002, además de ser también el año con mayor número de donantes: 33.477. Tabla 9.34.

Tabla 9.34 Evolución del número de donaciones obtenidas por el Banco de Sangre de Extremadura. 2003-2012

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Donaciones	43.947	43.236	45.483	47.104	45.871	47.162	49.214	48.268	48.645	50.633
Donantes	26.473	27.229	28.115	29.935	29.963	29.981	31.606	32.215	32.512	33.477
Donantes nuevos	6.270	6.470	5.512	4.719	4.212	4.017	4.475	4.312	4.268	4.651

Fuente: Servicio Extremeño de Salud. Banco de Sangre de Extremadura.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

9.5.2.- Hemovigilancia

El Banco de Sangre de Extremadura actúa también como coordinador de la Red Extremeña de Hemovigilancia, centralizando así la recogida de todos aquellos efectos adversos o indeseables relacionados con la transfusión de sangre, desde la donación hasta el período postransfusional. Como tal coordinador, el Banco es el interlocutor en nuestra región de la Red Nacional de Hemovigilancia, a la que informa periódicamente, una vez evaluadas y analizadas las comunicaciones recibidas.

9.5.3.- Donación de progenitores hematopoyéticos

Programa de Donación y Obtención de Sangre de Cordón Umbilical

En el mes de noviembre de 2007 se puso en marcha en Extremadura un Programa de Donación y Obtención de Sangre de Cordón Umbilical, demostrada la utilidad de ésta como fuente de obtención de células madre que pueden ser útiles en el tratamiento de diferentes enfermedades como leucemias agudas y crónicas, aplasias medulares, inmunodeficiencias congénitas, etc. El objetivo del Programa (del que forman parte las 8 maternidades públicas existentes, actuando el Banco de Sangre de Extremadura como nodo coordinador, y contando con asociaciones colaboradas en la captación, como la Asociación para la Donación de Médula Ósea y Cordón Umbilical de Extremadura), es hacer posible el acceso a la donación de sangre de cordón, a todas las gestantes de Extremadura que así lo deseen. Desde el inicio del Programa y hasta el año 2012, se han realizado 4.844 donaciones de sangre de cordón umbilical.

REDMO

El número de donantes extremeños de médula ósea inscritos en el REDMO (Registro Español de Donantes de Médula Ósea, dependiente de la Fundación Josep Carreras contra la leucemia), es de 3.369 donantes voluntarios activos hasta el año 2011, lo que supone 303,69 donantes por 100.000 habitantes, siendo la tercera CCAA en número de donantes, y situándose por encima de la media de España que es de 197,85. Tabla 9.35.

Tabla 9.35 Evolución del número de donaciones de progenitores hematopoyéticos (sangre de cordón umbilical), y de donantes activos de médula ósea. Extremadura. 2006-2012

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Donaciones de sangre de cordón umbilical	-	78	863	919	976	1.031	1.004
Donantes activos totales inscritos en REDMO	2.178	2.357	2.882	3.067	3.154	3.369	n. d.

Fuente: Servicio Extremeño de Salud (Banco de Sangre de Extremadura) y Memoria Anual REDMO.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

9.5.4.- Donación de leche materna humana

El Banco de Leche Materna de Extremadura, que comenzó a funcionar en el mes de junio de 2012, tiene por objeto la obtención de leche materna humana donada, su procesamiento, almacenamiento y distribución a los hospitales con bebés que necesitan de este preciado producto biológico siendo un sustituto de mayor calidad y seguridad que las leches artificiales.

Durante el año 2012 se han registrado 27 ofrecimientos de donación, con 21 donantes efectivas, un volumen de leche donada de 99,139 litros, y un volumen de leche distribuida de 3,568 litros.

9.6 .- TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

9.6.1.- Donación de órganos

Durante el año 2012 hubo 31 donantes de órganos en Extremadura, siete menos que el año anterior, y segunda cifra mas alta del período de estudio. Tabla 9.36

Tabla 9.36 Evolución del número de donantes de órganos en Extremadura. 2001-2012

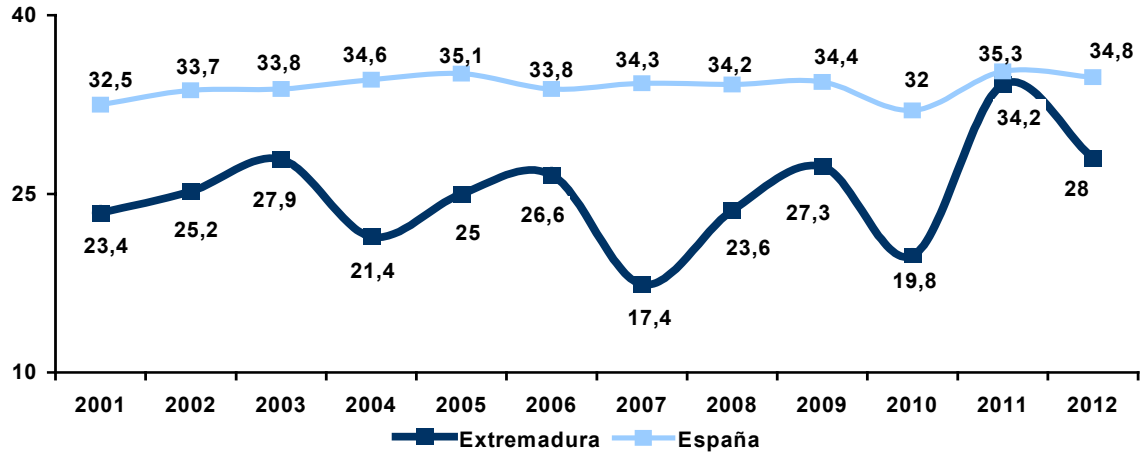
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nº donantes	25	27	30	23	27	29	19	26	30	22	38	31

Fuente: Dirección Gerencia del SES. Coordinación Autonómica de Trasplantes de Extremadura.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

En Extremadura, en los últimos 12 años, la media de donantes de órganos (riñón, corazón, hígado, páncreas, pulmón) ha sido de 27,25 por millón de habitantes.

Durante el año 2012, Extremadura registró una tasa de 28,0 donantes de órganos por cada millón de población, cifra inferior a la media de donantes de España, y que supone un descenso con respecto al año anterior. Figura 9.11.

Figura 9.11 Evolución de las tasas de donantes de órganos. Tasas por millón de población. Extremadura y España. 2001-2012



Fuente: Dirección Gerencia del SES (Coordinación Autonómica de Trasplantes de Extremadura) y ONT
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

9.6.2.- Extracción de órganos y tejidos

En el año 2012 se aportaron 148 órganos donados en Extremadura, dónde se realizaron 134 extracciones de órganos y tejidos, de las cuales 52 fueron de riñones, 49 de córnea, 29 de hígado, y 4 de corazón. Además se realizaron 10 extracciones de pulmón y 4 de páncreas por equipos de fuera de Extremadura. Tabla 9.37.

Tabla 9.37 Evolución del número de extracciones de órganos y tejidos en Extremadura. 2001-2012

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Riñón	46	38	46	40	43	55	36	50	52	40	68	52
Córnea	30	35	64	61	51	55		50	46	32	56	49
Corazón	10	8	3	5	7	3	3	4	2	0	3	4
Hígado	15	17	19	16	19	23	21	24	25	24	33	29
Páncreas	0	0	0	1	0	2		1	2	0	1	4
Pulmón	6	2	4	6	12	4	2	2	6	2	6	10
Total	**107**	**100**	**136**	**129**	**132**	**142**	**62**	**131**	**133**	**98**	**167**	**148**

Fuente: Dirección Gerencia del SES. Coordinación Autonómica de Trasplantes de Extremadura.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

9.6.3.- Trasplantes

Tras años de incremento de actividad, en el año 2011 se alcanzó el mayor número de trasplantes en Extremadura. Cabe destacar como dato histórico, que en 2007 se inició el Programa de Trasplante Hepático en Extremadura en el Hospital Infanta Cristina.

En 2012 se han realizado un total de 140 trasplantes en Extremadura, de los cuales 34 son trasplantes renales, 41 de córnea, 40 de médula ósea, y 25 hepático. Tabla 9.38.

Tabla 9.38 Evolución del número de trasplantes en Extremadura. 2001-2012

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Riñón	34	36	36	29	31	41	30	35	33	32	44	34
Córnea	25	32	58	58	51	50	47	39	37	30	52	41
Médula Ósea	16	20	19	19	13	11	9	22	28	31	29	40
Hepático							11	12	13	9	21	25
Total	**75**	**88**	**113**	**106**	**95**	**102**	**97**	**108**	**111**	**102**	**146**	**140**

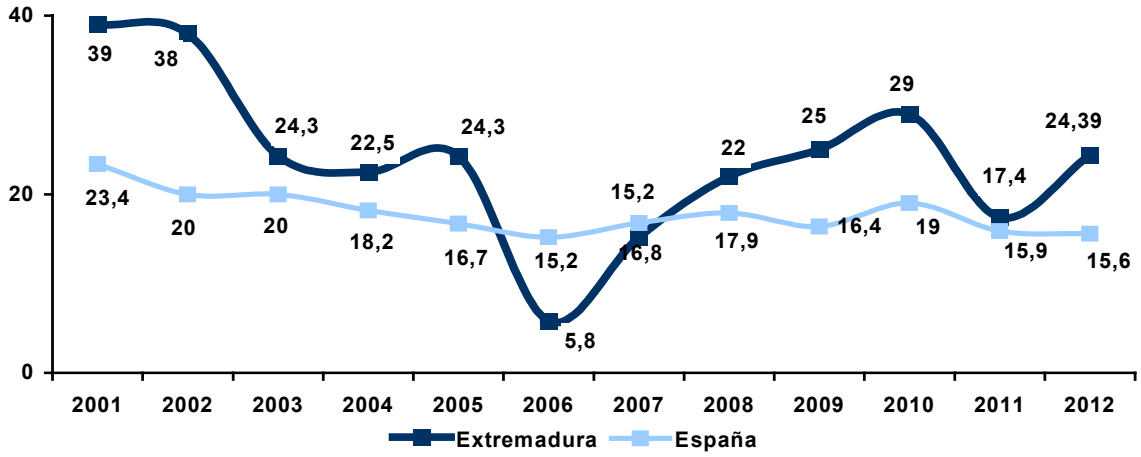
Fuente: Dirección Gerencia del SES. Coordinación Autonómica de Trasplantes de Extremadura.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

9.6.4.- Negativas familiares a la donación de órganos

La evolución del porcentaje de negativas familiares para la donación de órganos en Extremadura sufrió un importante descenso a partir del año 2003, disminuyendo la diferencia con la media de España durante el período 2003-2005.

El año 2006 fue determinante, pasando la negativa familiar a ser muy inferior a la del promedio español, siendo Extremadura una de las 4 Comunidades Autónomas con menos negativas familiares; sin embargo, en el año 2007, la negativa aumentó a 15,2% (lo que significa que casi el 85% de los familiares de donantes accedieron positivamente a la donación). Durante el año 2012, el porcentaje de negativas familiares se situó en el 24,39%. Figura 9.12.

Figura 9.12 Evolución del porcentaje anual (%) de negativas familiares para la donación de órganos. Extremadura y España. 2001-2012



Fuente: Dirección Gerencia del SES (Coordinación Autonómica de Trasplantes de Extremadura) y ONT
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

9.7.- SALUD BUCODENTAL

La Encuesta Europea de Salud 2009 indica que, un 2% de los extremeños nunca han visitado al dentista (21.200 personas). La proporción de personas con 16 y más años que visitaron el dentista en el año previo a la encuesta fue de un 58%, entre el mes y el año 34% y en el mes previo un 6%. El número medio de visitas al dentista en el mes anterior a la encuesta fue de 1,55, cifra ligeramente superior a la media nacional.

9.7.1.- Plan de Atención Dental al Discapacitado Intelectual

El Plan de Atención Dental al Discapacitado Intelectual (PADDI), iniciado en el año 2004, ha atendido un total de 28.792 consultas hasta 31 de diciembre de 2011, y se han realizado 64.869 procedimientos terapéuticos (obturaciones, exodoncias, fluor, tartrectomias,...), y de EpS, siendo intervenidos bajo anestesia general 1.297 personas que no han podido ser atendidos de manera convencional en las Unidades de Salud Bucodental, Tabla 9.39.

Tabla 9.39 Evolución de la actividad del PADDI. Extremadura. 2004-2011

Actividad	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nº de historias	1.192	1.544	657	533	316	340	268	291
Pacientes citados	1.135	4.326	4.361	4.171	4.647	4.320	4.583	4.108
Pacientes atendidos	1.037	4.033	4.124	3.858	4.104	3.820	4.129	3.687
Intervenc. con anestesia gral.	95	181	162	208	206	147	158	140
Ttos y procedimientos	2.349	9.334	9.339	8.483	9.479	8.679	9.028	8.178

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Atención Primaria.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Desde el año 2004, en el Hospital Perpetuo Socorro de Badajoz, funciona una Unidad de Odontología Hospitalaria en la que reciben asistencia, no solamente los pacientes discapacitados, sino todos aquellos pacientes médicamente comprometidos, es decir, atiende a aquellos pacientes cuya patología de base (transplantados, cardiológicos, hematológicos….) hace preciso que su atención se realice bajo la adecuada monitorización.

9.7.2.- Plan de Atención Dental Infantil de Extremadura

Paralelamente, el Plan de Atención Dental Infantil de Extremadura (PADIEx), implantado en el año 2005, incluyó durante el año 2011 a 85.000 niños y niñas de edades comprendidas entre 6 y 14 años.

En el año 2011, a toda la población infantil incluida en el Plan (niños y niñas que nacieron entre el año 1998 y 2006) se les hizo llegar a su domicilio la información correspondiente (directorios de dentistas incluidos en el Plan), con el fin de que sus progenitores acudan a las consultas y puedan recibir la oportuna evaluación y tratamiento necesario, a través de los 173 puntos asistenciales de Extremadura.

Cada año se incorporan al Plan la población que cumple los 6 años y permanecen en él, hasta el 31 de diciembre del año en que cumplen los 15 años. En la actualidad, tienen derecho a la asistencia bucodental el 90% de la población infantil incluida en la franja de edad del Plan.

9.7.3.- Plan de Atención Dental a Embarazadas

El Plan de Atención Dental a Embarazadas, en funcionamiento desde el año 2006, realiza actividades preventivas a mujeres gestantes desde los Centros de Salud y por derivación de los servicios de seguimiento del embarazo. En 2011 habían sido atendidas 5.323 gestantes.

9.7.4.- Otras prestaciones

Además, existen otras prestaciones de Atención Dental en Extremadura:

- Prevención de la Osteorradionecrosis en pacientes con procesos oncológicos de cabeza y cuello.
- Atención integral a todos los menores tutelados de la Consejería de Igualdad y Empleo.
- Tratamiento integral de los pacientes médicamente comprometidos en la Unidad de Odontología Hospitalaria.

9.8.- CUIDADOS PALIATIVOS

9.8.1.- Programa Regional de Cuidados Paliativos

Este Programa constituye una apuesta decidida del SSPE para garantizar la calidad de vida de las personas enfermas en situación terminal y de sus familiares. En él se conjugan múltiples estrategias de planificación, docencia, asistencial, investigación y de coordinación, entre otras. Durante los últimos años, la prevalencia de pacientes con enfermedades avanzadas y en fase terminal es significativamente muy importante en Extremadura. Ello significa que hasta 5.700 pacientes podrían requerir cuidados paliativos cada año en Extremadura, y decenas de miles de personas allegadas y familiares, estarían implicadas en su cuidado, y afectadas por su sufrimiento. Se trata, por tanto, de un asunto prevalente, relevante y con gran impacto en las personas enfermas, sus familiares, así como en la sociedad en general. Tabla 9.40

Tabla 9.40 **Cobertura estimada de cuidados paliativos por 1.000 habitantes (incidencia estimada de pacientes al año). Extremadura 2008-2011**

	Media esperada				Mínimo aceptable				Máximo aceptable			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
Cáncer	2,0	2,0	2,0	2,0	1,8	1,8	1,8	1,8	2,2	2,2	2,2	2,2
No Cáncer	1,5	1,5	1,5	1,5	0,6	0,6	0,6	0,6	3,0	3,0	3,0	3,0
Total	**3,5**	**3,5**	**3,5**	**3,5**	**2,4**	**2,4**	**2,4**	**2,4**	**5,2**	**5,2**	**5,2**	**5,2**

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

El sufrimiento (físico o emocional) que habitualmente acompaña a una enfermedad avanzada, la dependencia progresiva y la necesidad de cuidados son los principales elementos a abordar. Iniciado en 2002 como apuesta por asegurar cuidados paliativos para todos aquellos pacientes susceptibles de recibirlos, contempló la creación de un equipo específico de cuidados paliativos en cada área de salud, que apoyara, formará y se coordinará con el resto de profesionales del sistema sanitario, y asumiera directamente a las personas enfermas de mayor complejidad. La concepción de los cuidados paliativos reconoce que las personas con enfermedad distinta al cáncer, que sean irreversibles, progresivas y con una fase terminal, también puedan beneficiarse de su aplicación: personas que padecen EPOC, demencia, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal o hepática avanzadas o enfermedades neurológicas (ictus, parkinson, esclerosis múltiple o esclerosis lateral amiotrófica, entre otras)

La última evolución quinquenal de programa, revela una estructura adaptada a las características geográficas y sociales de la región, que ha permitido la atención especializada por parte de los equipos de cuidados paliativos (ECP) a 9.110 pacientes, incrementándose un 9,8 % con respecto al quinquenio anterior.

La atención a la persona enferma en situación terminal no sólo es responsabilidad de los ECP. Los Equipos de Atención Primaria (EAP) y Especializada tienen claras competencias al respecto, garantizadas además recientemente por la Ley de Cohesión y Calidad en el SNS. En ella se aclaran las funciones de dicho nivel de atención respecto a la enfermedad en fase terminal. Recientemente, y como apoyo a la coordinación de la continuidad asistencial, se han definido por consenso los criterios de derivación entre los EAP y los ECP, basados en la complejidad de las personas enfermas. A su vez, un plan de formación de nivel básico, intermedio y avanzado proporciona una mayor capacitación profesional. La población enferma más compleja, con mayor nivel de sufrimiento y con mayor resistencia a los tratamientos habituales son atendidos por los ocho ECP, formados por profesionales de la medicina, enfermería, psicología y trabajo social, con alta formación, capacitación y experiencia en la resolución de las situaciones más difíciles. A su vez, los ESCP son una herramienta de trabajo para el colectivo de profesionales de A.P., A.E., atención continuada y centros sanitarios, para realizar asesorías y/o consultorias cuando lo consideren necesario. Tabla 9.41.

Tabla 9.41 **Composición y ubicación de los ESCP. Extremadura. 2012**

Hospital	P. Medicina	P. Enfermería	P. Psicología	P. Trabajo Social
Perpetuo Socorro	4,0	4,0	1,0	0,5
San Pedro de Alcántara	3,0	3,0	1,0	0,5
Ciudad de Coria	1,5	1,0	0,5	0,5
Don Benito-Villanueva	2,0	2,0	0,5	0,5
Mérida	2,0	2,0	0,5	0,5
Campo Arañuelo	1,5	1,0	0,5	0,5
Virgen del Puerto	2,0	2,0	0,5	0,5
Llerena-Zafra	2,0	2,0	0,5	0,5
Extremadura	**18**	**17**	**5**	**4**

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Los indicadores de actividad de los ECP se observan en la Tabla 9.42.

Tabla 9.42 Evolución de la actividad de los ECP. Extremadura. 2007-2011

		ÁREAS DE SALUD								
		BA	ME	DB	LL	CC	CO	PL	NV	SES
Pacientes	2007	377	180	267	178	365	118	195	85	1.765
	2008	394	225	241	168	399	109	186	103	1.825
	2009	440	202	239	179	379	100	188	117	1.844
	2010	382	229	281	170	538	151	299	141	2.191
	2011	470	240	249	167	393	106	157	120	1.902
Visitas Hospital	2007	2.082	495	1.147	317	1.612	432	994	176	7.255
	2008	2.193	788	1.292	903	2.499	801	1.988	803	11.227
	2009	2.667	829	1.437	826	2.389	666	1.712	781	11.307
	2010	2.246	734	877	705	1.538	365	1.200	326	7.991
	2011	2209	861	1015	351	1419	266	821	452	7.394
Visitas Domicilio	2007	624	467	474	752	879	215	192	211	3.814
	2008	657	583	474	736	730	251	235	198	3.864
	2009	590	480	402	724	714	214	230	269	3.623
	2010	590	527	383	492	826	275	270	259	3.622
	2011	949	445	385	318	810	233	244	255	3.639
Consultas externas	2007	142	53	242	120	779	444	719	202	2.701
	2008	140	172	243	298	758	405	902	302	3.220
	2009	250	151	307	352	822	372	826	326	3.406
	2010	161	249	262	435	1.217	462	775	321	3.882
	2011	283	356	334	345	968	370	626	327	3.689
Asesorías/ Coordinación	2007	4.130	2.248	2.759	2.269	7.732	1.621	8.566	1.292	30.617
	2008	3.735	2.982	2.945	2.980	8.576	1.704	7.330	1.358	31.610
	2009	4.042	2.474	2.911	3.474	6.578	1.373	6.734	1.536	29.122
	2010	4.141	2.934	2.805	2.852	5.036	1.964	6.516	1.539	27.787
	2011	7295	3806	3717	3125	4482	1775	4627	1525	30.352
Actividad Docente (Cursos)	2007	69	86	59	48	65	16	59	23	425
	2008	70	94	70	51	64	3	20	22	394
	2009	78	59	93	59	80	19	45	19	452
	2010	84	84	134	83	72	13	37	56	563
	2011	485	243	70	100	148	338	112	238	1.734

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Los años 2010, 2011 y 2012 fueron de gran importancia para la consolidación del Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura (PRCPEx), pues se tomaron medidas muy importantes como:

- Singularización de plazas de medicina y enfermería de Cuidados Paliativos (DOE 39 del 26 de febrero de 2010).
- Creación de Bolsa Específica de Enfermería en Cuidados Paliativos (DOE 234 del 7 de diciembre de 2010).
- Mantenimiento de Convenios con ONGs (AOEX y AECC) para posibilitar la atención psicológica, y con la obra social de entidades financieras para garantizar la ayuda social a pacientes terminales y familias en todas las áreas de salud.
- Diseño y aplicación de un Sistema Integral de Calidad, tanto desde el punto de vista organizativo como clínico-asistencial.
- Potenciación del Observatorio Regional de Cuidados Paliativos (ORCPEx) mediante un convenio de colaboración con FUNDESALUD. Desde el ORCPEx existen numerosos estudios de investigación en marcha.
- Consolidación del Plan Regional de Voluntariado en Cuidados Paliativos, mediante protocolo de actuación entre el SES y la Plataforma del Voluntariado de Badajoz.

La Coordinación Regional ubicada en los servicios centrales del SES, es la principal estructura de cohesión del Programa. Está compuesta por un Coordinador Regional del Programa, encargado de planificar y evaluar la actividad, de organizar los grupos de trabajo transversales, formados por profesionales de todas las áreas (formación, calidad, registros, tratamientos, investigación). Cuenta con la colaboración del Observatorio Regional de Cuidados Paliativos (cuyos profesionales realizan las tareas de fomentar la investigación y evaluación del Programa), y por un trabajador social que coordina el plan de voluntariado.

Estas dos actividades, la investigadora y la de apoyo al voluntariado, han constituido puntos estratégicos del programa en los últimos años. Ello ha permitido desarrollar una importante actividad científica, con participación activa en congresos nacionales e internacionales y publicaciones en revistas especializadas. Además se creó una página web www.orcpex.es y continúa, para la difusión de la producción científica en cuidados paliativos realizada en Extremadura.

El apoyo al plan de voluntariado permitió en el año 2010 la atención directa a 59 pacientes y familias, con más de 200 acciones de voluntariado tanto en domicilio, hospital como en centros socio-sanitarios, con un censo de 180 personas voluntarias con formación, en 120 municipios de Extremadura. En el año 2011, la atención directa fue a 77 pacientes y familias, con más de 490 acciones de voluntariado tanto en domicilio, hospital, como en centros socio-sanitarios, e interviniendo un total de 53 personas voluntarias del censo.

9.9.- DOLOR

9.9.1.- Programa Regional del Dolor

El Programa Regional del Dolor ha venido desarrollado a lo largo de sus siete años de funcionamiento, los objetivos generales establecidos en el mismo: formación en el abordaje la persona enferma con dolor; educación para la salud en relación con dolor; abordaje multidisciplinar de la persona enferma con dolor; y abordaje específico y diferenciado del dolor crónico y del dolor agudo.

Este Programa está orientado a disminuir el dolor inútil evitable en sus diferentes patrones de comportamiento (dolor agudo y dolor crónico), mejorando así la calidad de vida de toda la población extremeña.

La Coordinación Regional del Programa del Dolor homogeniza los criterios de actuación de las Unidades del Dolor implantadas en el SES, además de colaborar con las asociaciones de afectados y afectadas.

9.9.2.- Unidades del Dolor

Actualmente existen cuatro Unidades del Dolor en Extremadura (que atienden a pacientes con dolor complejo a petición de su médico/a de Familia o especialista que lo solicite, y orienta su atención a la continuidad de la misma por el Equipo de Atención Primaria, disponiendo además de una Cartera de Servicios específica): las Unidades del Dolor de Don Benito/Villanueva y Plasencia, catalogadas de Tipo I/II; y las Unidades del Dolor de Cáceres y de Badajoz, ambas de carácter multidisciplinar para el tratamiento del dolor, con catálogo de Tipo III, y que son referencia para el tratamiento de cuarto escalón (técnicas invasivas para las otras dos Unidades)

Estos equipos están compuestos por profesionales formados en abordar el dolor complejo, con un coordinador por unidad. En el año 2011 se contaba con el siguiente personal sanitario:

- en Badajoz 3 profesionales de la medicina que actúan hasta el tercer escalón del dolor, y 3 que desarrollan el cuarto escalón del tratamiento del dolor crónico, y crónico agudizado, y un Servicio de Anestesia para el dolor postoperatorio, además del apoyo de 1 profesional de la psicología clínica y 2 profesionales de enfermería
- en Cáceres 2 profesionales de la medicina que actúan hasta tercer escalón del dolor, y 3 especialistas en anestesiología que se encargan del cuarto escalón, además del apoyo de 3 profesionales de enfermería
- en Don Benito/Villanueva 1 profesional de la medicina que realiza los tratamientos hasta tercer escalón incluido, y el apoyo de personal de enfermería (1)
- en Plasencia 1 profesional de la medicina que realiza los tratamientos hasta tercer escalón incluido, y el apoyo de personal de enfermería (1) y de 1 profesional de la psicología clínica.

Debido a la gran prevalencia del dolor y a la atención del mismo por diferentes profesionales y disciplinas, las Unidades del Dolor tienen carácter transversal, trabajando para Atención Primaria, Atención Especializada y para las estructuras del SEPAD, así como para Colegios Profesionales, Centros de Enseñanza, ECSyAS y UEX.

La Cartera de Servicios específica de las Unidades del Dolor presenta dos líneas de actuación, el apoyo docente y el apoyo asistencial, y las actividades que realizan son de tipo docente, asistencial, y de investigación. Tabla 9.43.

Tabla 9.43 **Evolución de la actividad de las Unidades del Dolor. Extremadura. 2009-2011**

Actividad	2009	2010	2011
Actividad docente (50 %)			
Sesiones docentes externas (C. Salud, hospitales, SEPAD, otros)	59	157	85
Sesiones docentes internas (en las Unidades)	55	83	70
Talleres y cursos sobre dolor	16	65	70
Rotantes por las Unidades	24	33	35
Días totales de rotantes	269	445	460
Asesoría telefónica a personal sanitario	2482	594	1473
Documentos técnicos producidos	12	21	19
Actividad asistencial (40 %)			
Pacientes nuevos procedentes de Atención Primaria	774	753	751
Pacientes nuevos procedentes de Especializada	349	355	446
Revisiones	3065	3095	4250
Interconsultas hospitalarias	73	130	75
Asesoría telefónica a pacientes	2110	5993	4450
Pacientes incluidos en técnicas invasivas	140	102	105
Sesiones de técnicas invasivas	319	655	469
Sesiones de Tens en las Unidades	194	141	143
Sesiones de Iontoforesis en las Unidades	198	263	353
Tens prestados a domicilio	118	74	70
Evaluación investigación (10 %)			
Comunicaciones a Jornadas y Congresos sobre dolor	3	12	9
Ponencias a jornadas y congresos	2	5	9
Publicación de capítulo de libro	1	1	1
Publicación de libro	2	1	0

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

9.10.- DETECCIÓN PRECOZ DE LAS MINUSVALÍAS

El cribado de errores congénitos del metabolismo se viene realizando desde el año 1984 a toda la población recién nacida en Extremadura, planificado por la Consejería con competencia en materia sanitaria y con la colaboración de los centros gestionados por el proveedor de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en cada momento (INSALUD hasta 2001 y SES desde 2002), evolucionando desde distintos programas y organismos (Plan de Prevención de Minusvalías con tres programas clave: prevención de las metabolopatías, prevención de las hipoacusias en población recién nacida y diagnóstico genético, y Centro Extremeño de Desarrollo Infantil), para continuar en la actualidad con la Coordinación Regional de Programas de Cribado, que coordina los programas de metabolopatías y sordera y los correspondientes seguimientos.

El diagnóstico precoz de estos problemas metabólicos, permite un mayor control de los mismos y posibilita un tratamiento temprano gracias al cual se puede evitar el deterioro físico y psíquico e incluso la muerte de los pacientes que la padecen.

9.10.1.- Detección precoz de errores congénitos del metabolismo

Las enfermedades que desde el mes de abril de 2012, y que en la actualidad se diagnostican en Extremadura en el campo de la detección precoz de las minusvalías son:

- Trastornos del metabolismo de los Aminoácidos: fenilcetonuria, hiperfenilalninemias, enfermedad de la orina con olor de jarabe de arce, tirosinemia tipo I, tirosinemia tipo II, tirosinemia tipo III, citrulinemia tipo I, homocistinuria, acidemia arginosuccínica, argininemia
- Trastornos del metabolismo de los Ácidos orgánicos: acidemia propiónica, acidemia metilmalónica, acidemia metilmalónica cba1, cbb1, acidemia isovalérica, acidemia glutárica tipo I, deficiencia 3-hidroxi-3-metil glutaril CoA liasa, deficiencia 3-metil-crotonil CoA carboxilasa, deficiencia de la beta-ceto-tiolasa
- Trastornos del metabolismo de los Ácidos grasos: deficiencia de la acil-CoA deshidrogenasa de cadena media, deficiencia de la acil-CoA deshidrogenasa de cadena muy larga, deficiencia de la 3-hidroxi acil-CoA deshidrogenasa de cadena larga /deficiencia de la proteina trifuncional, deficiencia de la carnitina palmitoil transferasa tipo I, deficiencia de la carnitina palmitoil transferasa tipo II, deficiencia de la captación celular de carnitina, deficiencia múltiple de carboxilasas
- Hemoglobinopatías: hemoglobina ss, hemoglobina cc, hemoglobina s/betatalasemia
- Trastornos endocrinos: hipotiridismo neonatal primario, hiperplasia adrenal congénita
- Trastornos del metabolismo de los Azúcares: galactosemia
- Otros trastornos: fibrosis quística

Durante el periodo 2004-2012 se estudió a un total de 88.707 personas recién nacidas, habiéndose detectado 12 personas que padecen fenilcetonúria y 26 que padecen hipotiroidismo. Tabla 9.44.

Tabla 9.44 **Evolución del número de población recién nacida estudiada, y metabolopatías detectadas. Extremadura. 2004-2012**

Año	Población estudiada	Fenilcetonúria	Hipotiroidismo	Otras
2004	9.558	3	3	
2005	9.613	0	2	
2006	9.809	0	4	
2007	10.434	1	3	
2008	10.315	1	2	
2009	10.069	2	3	
2010	9.802	2	4	
2011	9.719	0	2	
2012	9.388	3	3	7*
Total	**88.707**	**12**	**26**	**7**

*Tirosinemias tipo I (2), Acidúria Glutárica (1), Déficit de ácidos grasos de cadena muy larga (4)
Fuente: Dirección General de Salud Pública. Coordinación Regional de Programas de Cribado.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

9.10.2.- Detección precoz de sordera

El cometido del programa de detección precoz de las hipoacusias en la población recién nacida, es el cribado y diagnóstico de todos los niños y niñas con patologías auditivas, que han nacido en los hospitales públicos y privados de Extremadura.

El cribado de sordera se establece mediante la realización de otoemisiones a toda la población recién nacida. Para ello, cada Servicio de Otorrinolaringología de los hospitales públicos con nacimientos está dotado de la tecnología necesaria para la realización de dicho estudio. Esta prueba la realiza un profesional de enfermería (bajo la supervisión de un profesional de otorrinolaringología), a todo niño o niña antes del alta hospitalaria. La población recién nacida en un hospital privado es citada al Servicio de Otorrinolaringología de su área.

Cuando el resultado del cribado lo precisa, los niños y las niñas acuden a la consulta de otorrinolaringología y, si es necesario, se le realizan los potenciales evocados. Para esto son derivados a uno de los hospitales que cuentan con esta técnica (en la actualidad, Badajoz, Cáceres y Mérida). Desde el año 2005, se cuenta con un registro único en la CAE de la población estudiada. El programa incluye la adaptación protésica a la persona hipoacúsica, y la rehabilitación auditiva y logopédica iniciada en el momento del diagnóstico de la deficiencia, continuándola como mínimo hasta los tres años de edad del niño o la niña (cuando se entra en el aula escolar).

9.10.3.- Unidades de Genética

Las enfermedades genéticas son un problema de salud de primer orden ya que son responsables del 70% de los ingresos en los hospitales infantiles y de un elevado porcentaje de enfermedades crónicas. Se calcula que el 8% de la población mayor de 25 años está afectada por alguna enfermedad de origen genético y en la UE es la segunda causa de mortalidad infantil, tras los accidentes.

En Extremadura existen 3 Unidades de Genética Molecular (ubicadas en el H. Infanta Cristina, H. San Pedro de Alcántara y H. de Mérida), y una Unidad de Citogenética (convencional y molecular) en el H. Infanta Cristina, donde se realizan la mayor parte de los estudios citogenéticos y moleculares postnatales y prenatales de Extremadura, con carteras de servicios complementarias y manteniendo contacto directo con las Unidades Clínicas demandantes (Genética clínica, Obstetricia y Ginecología, Unidad de Prevención de Minusvalías,...).

Las principales indicaciones de los estudios prenatales son: antecedentes familiares, screening combinado positivo, alteración ecográfica, ansiedad materna, y edad materna avanzada.

Las principales indicaciones de los estudios postnatales son: población recién nacida con malformaciones, rasgos dismórficos, genitales ambiguos o muerte neonatal inexplicada; niños y niñas con Retraso mental/Discapacidad intelectual, trastorno del espectro autista, anomalías congénitas múltiples; personas adultas con abortos de repetición/infertilidad inexplicable; y sospecha de patologías específicas: fibrosis quística, sorderas hereditarias, Síndrome X frágil, Inmunodeficiencias (Sd. de DiGeorge, Déficit de Factor I del Complemento, etc), alteraciones neuromusculares (Atrofia Muscular Espinal, Distrofia Muscular de Duchenne y Becker, Ataxia de Friedreich, etc), acondroplasia , etc.

Los datos obtenidos del H. Infanta Cristina de los cariotipos postnatales de sangre periférica, indican que, alrededor del 8.5% son patológicos y no se realizan un 6% por no cumplir criterios para ser realizada la determinación. En los estudios prenatales alrededor del 9,8% han tenido un cariotipo de líquido amniótico o vellosidad corial con resultado patológico y en el 9% se ha detectado aneuploidía por QF-PCR.

Aparte de los estudios descritos, en las Unidades de Genética Molecular del H. San Pedro de Alcántara y del H. Infanta Cristina, se realizan estudios genéticos en cáncer familiar, así como estudios moleculares y citogenéticos en el campo de la Hematología y Oncohematología, en la Sección de Genética del H. Infanta Cristina.

La actividad asistencial realizada entre 2008 y 2012 en las unidades de genética, viene recogida en la tabla 9.45.

Tabla 9.45 **Actividad asistencial de las Unidades de Genética de Extremadura. De 2008 a 2012**

Actividad Asistencial en Genética		H.I.C.	H.M.	S.P.A.
Estudios postnatales	Cariotipos de Sangre periférica	2266*	749	-
	Cariotipos de restos abortivos	203	-	-
	Detección de aneuploidias de restos abortivos por QF-PCR	6	-	-
	ANALISIS de ARRAYs	180	-	-
	Estudios sidrómicos por FISH	274	-	-
	Genetica molecular en Sorderas	393	-	-
	Genetica molecular en Fibrosis Quística	367	-	-
	Genetica molecular en Patología neuromuscular (AME, DMD/B, etc)	-	94	-
	Genetica molecular en otras patologías (Sd X Fragil,obesidad hereditaria, Inmunodeficiencias, acondroplasia, etc)	1118**	24***	15****
Estudios Prenatales	Cariotipos de Líquidos amnióticos	1285	755	-
	Detección aneuploidias de Líquidos Amnióticos por QF-PCR	612	755	-
	Cariotipos de Vellosidades Coriales	38	-	-
	Detección de aneuploidias de Vellosidades Coriales por FISH	38	-	-
	Genética molecular de Fibrosis Quística en líquido amniótico	4	-	-
	Genetica molecular en Patología neuromuscular en vellosidades coriales (AME, DMD/B, etc)	-	9	-

*Alta Resolución; **Microdelecciones del cromosoma Y, Sd. de X frágil, Déficit de alfa 1 antitripsina, Obesidad Hereditaria, Cardiopatías Hereditaria; ***Deficiencia de Factor I del Complemento; ****Déficit de alfa 1 antitripsina, Acondroplasia, Nefronoptisis.
Fuente: Hospital Infanta Cristina del C.H.U. de Badajoz. Unidad de Inmunología y Genética.
Elaboración: Hospital Infanta Cristina del C.H.U. de Badajoz. Unidad de Inmunología y Genética.

9.11.- ALOJAMIENTO DE FAMILIARES DE PACIENTES

La Residencia de Familiares Dr. Martín Caballero Gómez, perteneciente al Complejo Hospitalario de Badajoz, posee unas instalaciones situadas junto al Hospital Infanta Cristina, y funciona desde el año 2003 ofreciendo alojamiento a familiares de personas enfermas ingresadas en unidades como UCI, Reanimación, Unidad de Coronarias, Unidad de Trasplantes y otras, que no residan en su ciudad, así como: servicio de higiene personal para familiares de pacientes con ingreso en plantas de hospitalización y sin alojamiento en la Residencia; servicio de lavado y secado de ropa; y salas de estar. Todo esto sin carga económica para la persona usuaria.

Entre los recursos que posee están: habitaciones dobles con baño (1 adaptada a personas con discapacidad), y acondicionadas; aseos independientes; salas de estar acondicionadas; lavadoras secadoras; y comunicación entre la residencia y el hospital.

Durante 2012 fueron 4.929 familiares de 1.839 pacientes, quienes se alojaron en la residencia, con un total de 16.272 alojamientos. Por unidad de ingreso, el 41% son familiares de pacientes con ingreso en UCI (2.033); el 17 % de UCP (855); el 17% de reanimación (825); el 11% de la unidad de coronarias (540); el 5% de cardiología (239); el 4% de UCI pediátrica (188); el 3% de neonatos (151); el 1% por autorización de trabajo social (62); el 1% de Unidad de Trasplantes Renales (34); y por autorización del coordinador (2).

La mayoría de familiares, el 24%, procedían del Área de Salud de Badajoz (1.166), el 18% del Área de Llerena-Zafra (880), el 15% del Área de Don Benito-Villanueva (761), el 15% del Área de Cáceres (752), el 14% del Área de Mérida (679), el 7% del Área de Plasencia (320), el 3% del Área de Coria (145), el 2% de otras CCAA (122), y el 2% del Área de Navalmoral de la Mata (104).

El promedio del índice de ocupación de la residencia, que ha estado siempre alrededor del 90%, alcanzó el 89% en el año 2012. Tabla 9.46.

Tabla 9.46 **Evolución del uso de la Residencia de Familiares del Complejo Hospitalario de Badajoz. 2003-2012**

Recursos	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Alojamiento (nº usuarios/as)	3.499	3.515	3.708	3.992	4.108	3.901	3.724	3.834	3.820	4.929
Total alojamientos	7.040	7.399	8.183	8.236	8.643	8.260	8.210	8.183	8.218	16.272
Ocupación (promedio)	80%	81%	88%	90%	95%	90%	90%	90%	90%	89%
Servicio higiene personal (usuarios)	992	1.540	1.502	1.158	1.010	838	804	830	824	986
Nº de servicios de higiene personal	2.838	4.236	3.910	3.308	3.264	2.727	2.880	3.234	2.947	2.385
Nº de servicios de lavado de ropa	628	1.048	1.582	1.622	1.899	1.772	1.222	1.401	1.465	1.254
Total usuarios/as	**4.491**	**5.055**	**5.210**	**5.080**	**5.118**	**4.739**	**4.528**	**4.664**	**4.644**	**5.915**
Uso de recursos	**10.506**	**12.683**	**13.675**	**13.166**	**13.806**	**12.759**	**12.312**	**12.818**	**12.630**	**19.911**

Fuente: Servicio Extremeño de Salud. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Residencia de Familiares.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

9.12.- PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

En la actualidad está ampliamente aceptado el origen multifactorial de las enfermedades en el que la organización social, las condiciones y los estilos de vida desempeñan un papel determinante tanto en el estado de salud de la población como en la organización de los servicios sanitarios. Por tanto, las personas usuarias de los servicios de salud se convierten en protagonistas y sin su participación resultará técnicamente imposible resolver los problemas existentes, prevenir las enfermedades y mejorar el estado de salud.

La estructura y la organización de los servicios sanitarios no son hechos socialmente independientes. La participación comunitaria en salud nace de la relación entre los servicios de salud y la organización social a la que estos servicios pertenecen.

El derecho a participar en salud supone involucrar a la comunidad en el análisis y la identificación de cuáles son sus problemas de salud más importantes, y reforzar el papel de protagonista de la ciudadanía como sujeto del cuidado de su salud, aumentando su responsabilidad sobre el mismo. Desarrollar los servicios sobre una base comunitaria favorece la motivación de la comunidad para aceptar y usar los servicios de forma mas eficaz y racional.

En Extremadura, la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura establece las diferentes formas de participación de la comunidad en la planificación, gestión, control y utilización de los servicios sanitarios, en el ámbito de la Comunidad Autónoma.

Así, al objeto de promover la participación democrática de la sociedad en el SSPE, establece diferentes órganos de participación: el Consejo Extremeño de Salud, órgano colegiado superior de carácter consultivo, de participación ciudadana y de formulación y control de la política sanitaria en la CAE; los Consejos de Salud de Área y los Consejos de Salud de Zona, como órganos colegiados de participación ciudadana para la consulta y el seguimiento de la gestión sanitaria en su demarcación territorial. En estos órganos, la comunidad está representada por las asociaciones de pacientes, asociaciones de vecinos, organizaciones sindicales, empresariales, y otras que figuran entre sus miembros, en base a la normativa que regula su composición y funcionamiento.

También la participación de las asociaciones de pacientes en los diferentes Consejos Asesores existentes en el SSPE constituye una forma de participación de la comunidad en el asesoramiento al sistema sanitario sobre determinados problemas de salud. Algunos de los constituídos en el SSPE son: el Consejo Asesor de Educación para la Salud, el Consejo Asesor sobre Cáncer, y el Consejo Asesor sobre Enfermedades Raras, entre otros.

Igualmente, desde la CSyPS se promueve la participación activa de la comunidad en la elaboración de planes que definen las grandes líneas estratégicas a seguir en materia sanitaria en la CAE(Plan de Salud de Extremadura), y de planes estratégicos que abordan determinados problemas de salud como el Plan Integral contra el Cáncer, Plan Integral de Enfermedades Raras, Plan Integral de Diabetes, y Plan Integral de Drogodependencias y otras Adicciones, entre otros.

Además, la citada Ley propugna aspectos de participación comunitaria en salud relativos a la utilización de los servicios sanitarios. Así, entre los derechos de los ciudadanos respecto al sistema sanitario, establece la libre elección de profesional de la medicina, servicio y centro; la libre elección entre las posibles opciones terapéuticas; la expresión anticipada de voluntades; el consentimiento previo para cualquier intervención médica; la utilización de procedimientos de reclamación y sugerencias; y la petición de información. Todos estos mecanismos de participación de los ciudadanos en el uso de los servicios sanitarios están implantados en el SSPE.

Igualmente, entre los deberes de la ciudadanía, se encuentra la obligación de responsabilizarse en el uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, y de cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias y sociosanitarias.

Del mismo modo, la opinión pública, la presión social mediante manifestaciones u otros modos de movilización, son formas de participación en la gestión y control del sistema sanitario.

En este marco, la Ley 7/2011, de 23 de marzo, de Salud Pública de Extremadura recoge, entre los principios rectores que la inspiran, la participación comunitaria y promueve la creación o establecimiento de órganos de participación ciudadana promotores de la salud. Entre ellos, el Consejo Regional de Pacientes de Extremadura, órgano específico y singular de participación de las asociaciones de pacientes extremeñas, de carácter consultivo. También promueve la formación de agentes de salud comunitarios para que realicen actuaciones de promoción de la salud en la comunidad.

La participación de la ciudadanía en la planificación, gestión y utilización del sistema sanitario implica cambios en los métodos de evaluación, siendo cada vez más necesario contemplar resultados como la evolución de las desigualdades en los niveles de salud y en el acceso a los servicios, la calidad de vida, las condiciones y los estilos de vida, el grado de satisfacción de los usuarios del sistema y el grado de aceptabilidad de los servicios.

9.13.- SATISFACCIÓN DE LA POBLACIÓN USUARÍA

9.13.1.- Barómetro Sanitario

Los datos del Barómetro Sanitario 2011 referidos a Extremadura reflejan que, como ocurriera en años anteriores, la sanidad es considerada por la ciudadanía como el área de mayor interés (46,11%), seguida a distancia de educación, pensiones y otras. Sobre el funcionamiento del Sistema Sanitario, el 69% piensa que funciona bien o bastante bien, aunque el 47,35% piensa que necesita cambios.

En general, y en una escala Likert de 1 (muy insatisfecho) a 10 (muy satisfecho), el modo en que funciona el SSPE obtuvo una puntuación de 6,36. Tabla 9.47.

Tabla 9.47 **Evolución del Barómetro Sanitario en Extremadura. En porcentajes 2002-2011**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Área de mayor interés para la ciudadanía										
Sanidad	43,02	46,79	44,90	45,70	35,30	40,77	44,71	39,50	38,27	46,11
Funcionamiento del Sistema Sanitario										
Bastante bien	17,35	17,72	21,12	22,60	21,97	16,44	17,26	18,50	21,30	21,50
Bien, pero necesita cambios	41,89	48,68	45,27	42,20	48,24	50,59	42,36	45,10	50,29	47,35
Necesita cambios fundamentales	33,20	27,17	28,32	31,70	25,48	29,04	35,28	32,70	22,55	25,85
Mal	7,55	6,04	4,54	3,00	3,53	3,53	4,32	3,40	5,87	4,67
Media de satisfacción (1 a 10)	*5,68*	*5,90*	*6,16*	*6,30*	*6,15*	*6,14*	*6,17*	*6,29*	*6,46*	*6,36*
Mejora de los servicios asistenciales con respecto a los cinco años anteriores										
Atención Primaria	56,22	50,54	59,24	68,30	44,32	42,02	46,26	42,60	48,15	42,36
Atención Especializada	49,06	41,88	56,21	52,20	41,18	40,04	35,68	38,90	43,51	39,26
Hospitalización	50,58	45,64	57,34	62,70	45,10	46,70	39,99	47,80	45,36	41,74
La atención recibida ha sido buena o muy buena en...										
C. Medicina general		83,51	82,72	85,80	84,42	-	86,30	85,60	84,71	82,71
S. Urgencias			78,18	81,75	91,89	83,14	87,52	85,70	76,81	78,13
C. Externas		77,79	89,47	74,20	92,42	85,53	81,21	84,70	82,43	85,48
Hospitalización		77,45	80,90	86,30	66,68	82,74	88,44	86,70	81,25	88,88

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Barómetro Sanitario.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

A la hora de elegir un servicio sanitario, el 64,49% acudiría sólo a un servicio sanitario público cuando se trate de acudir a consultas de atención primaria (medicina general y pediatría), y el 38,01% a consultas de especialistas. Para un ingreso en un hospital, el 53,59% sólo elegiría uno público, y en el caso de tener que acudir a urgencias, el 63,86% elegiría sólo el servicio público.

El principal motivo por el que se elige un servicio público sanitario es por la tecnología y los medios de que dispone, siendo la rapidez con la que se atiende a la persona, el principal motivo por el que se elige un servicio sanitario privado.

Los aspectos mejor valorados de la asistencia sanitaria pública referidos a las consultas de atención primaria son los de la cercanía de los centros, la información y el seguimiento que se recibe sobre el problema de salud, la confianza, la seguridad, y el trato recibido por el personal sanitario, los consejos sobre salud recibidos, los horarios de atención, el equipamiento de los centros, y la derivación a un servicio especializado cuando se considera necesario; por el contrario, los aspectos peor valorados están relacionados con el tiempo que se tarda para hacer las pruebas diagnósticas, tiempo hasta entrar en consulta, tiempo en verle el personal de la medicina desde que pide la cita, o el tiempo dedicado por el mismo a cada persona enferma.

Cuando se ha utilizado el servicio público de urgencias hospitalaria, el 70% de los encuestados considera que se le atendió en urgencias con mucha o bastante rapidez, con una atención considerada como buena o muy buena por el 77% de los encuestados.

La atención recibida en las consultas del especialista de la sanidad pública ha sido buena o muy buena para el 85% de los encuestados. Entre los aspectos mejor valorados de la asistencia especializada, se encuentran el número de especialidades a las que se tiene acceso, el equipamiento y los medios técnicos, la información y el seguimiento sobre el problema de salud, el trato recibido por el personal sanitario, los consejos médicos recibidos, y la seguridad y confianza transmitida por el profesional.

Entre los aspecto peor valorados, se encuentran sobre todo los relacionados con el tiempo que pasa desde que se pide la cita, y el tiempo que se tarda en realizar las pruebas diagnósticas, además también tienen peor valoración el tiempo de espera para entrar en consulta, la facilidad para conseguir cita, y el tiempo que se dedica a cada usuario.

La atención recibida por las personas usuarias de un hospital público ha sido buena o muy buena para el 89% de las personas encuestadas. Los aspectos mejor valorados de la asistencia que se presta en los hospitales públicos son el equipamiento y los medios tecnológicos, la información sobre el problema de salud, los consejos médicos recibidos, y el cuidado y la atención por el personal sanitario. Entre los peor valorados se encuentran sobre todo los referidos al número de personas que comparten habitación, y el tiempo y los trámites para el ingreso no urgente; además de aspectos hosteleros, y del trato recibido por el personal no sanitario.

La mejor valoración sobre la información facilitada por los servicios sanitarios públicos, es la referida a la información disponible sobre los trámites que se deben realizar para ir a la consulta de servicio especializado o ingresar en un hospital, la información emitida a través de las campañas dirigidas a la población sobre los principales problemas de salud, y la información que dan las instituciones sanitarias sobre los servicios que prestan. Peor valoración tiene la información facilitada acerca de los derechos y las vías de reclamación de que dispone la ciudadanía, y la información sobre medidas y leyes adoptadas por las autoridades sanitarias.

Al valorar los Servicios Sanitarios Públicos:

- El 41% opina que los servicios que recibe en Extremadura son iguales que los de las demás CCAA, el 18% que son peores; y el 7% mejores.
- La ciudadanía recibe un servicio igual (47%) o mejor (23%) gestionando la asistencia sanitaria las CCAA en lugar del Estado. Un 11% cree que la gestionan peor que el Estado.
- El 85% cree que las CCAA deberían ponerse de acuerdo entre ellas a la hora de ofrecer nuevos servicios a la ciudadanía
    - el 51% opina que existe equidad en los servicios prestados, independientemente de la Comunidad Autónoma donde se resida
    - el 57% cree que existe equidad independientemente de que se viva en medio rural o urbano
    - el 79% cree que existe equidad independientemente de que sea persona joven o anciana
    - el 64% cree que existe equidad independientemente del nivel socioeconómico
    - el 95% cree que existe equidad independientemente de que se sea varón o mujer
    - el 74% cree que existe equidad independientemente de que se sea de España o del extranjero
    - el 62% cree que existe equidad independientemente de que se resida legalmente o no

9.13.2.- Encuesta Europea de Salud 2009

La Encuesta Europea de Salud, entre los criterios de evaluación de la asistencia sanitaria, da especial importancia al grado de satisfacción de las personas usuarias de los servicios de salud.

Los resultados demuestran un alto grado de satisfacción de la población extremeña por la atención sanitaria, aunque las cifras sean ligeramente inferiores a los resultados a nivel nacional. Un 80% de las personas que han acudido a consulta médica dicen estar *bastante* o *muy satisfechas* con el servicio médico prestado. Entre las personas que acudieron al hospital, 62% consideran muy o bastante satisfactorio el servicio recibido. Tabla 9.48.

Tabla 9.48 **Satisfacción con los distintos servicios de salud. Extremadura. 2009**

		Extremadura	España
Hospitales (incluyendo servicio de urgencia)	Muy o bastante satisfecho	62,21	63,52
	Indiferente	26,65	22,25
	Muy o bastante insatisfecho	11,13	14,22
Especialistas (médicos o quirúrgicos)	Muy o bastante satisfecho	73,87	76,53
	Indiferente	18,85	16,38
	Muy o bastante insatisfecho	7,27	7,10
Medicina general o de familia	Muy o bastante satisfecho	79,86	81,43
	Indiferente	14,01	12,69
	Muy o bastante insatisfecho	6,14	5,87

Fuentes: INE. Encuesta Europea de Salud 2009.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Además del grado de satisfacción de las personas usuarias respecto a la utilización de los hospitales, especialistas y médicos generales, la Encuesta Europea de Salud analiza en particular la satisfacción de las personas usuarias con los colectivos de dentistas, ortodoncistas y otros colectivos especialistas de asistencia dental. En Extremadura un 76% de las personas usuarias se considera muy o bastante satisfecha y a penas un 5% muy o bastante insatisfecha.

9.13.3.- Encuestas de satisfacción

El histórico de las encuestas de satisfacción en Extremadura se remontan al año 2003, y han sido realizadas por la empresa FBA consulting. Se han realizado encuestas de satisfacción a pacientes: de urgencias en los años 2003, 2006, 2008, y 2010; con post-hospitalización en 2005, 2007, y 2009; y de atención primaria 2005, 2007 y 2009.

Estudio de satisfacción de pacientes de urgencias de los hospitales del SES:
Las conclusiones más relevantes del estudio de satisfacción de pacientes de urgencias en los hospitales del SES, realizado a pacientes que acudieron a urgencias durante el 2º semestre del 2010, en el período comprendido entre el 1 de julio de 2010 y el 31 de diciembre de 2010, y cuyo objetivo es conocer la calidad percibida y el grado de satisfacción de las personas usuarias de los Servicios de Urgencias de los Hospitales del SES son las siguientes:

Las preguntas de la encuesta con una satisfacción mayor de 75 puntos son las siguientes: la amabilidad del personal de la ambulancia; la limpieza y confort de la ambulancia; la amabilidad del personal médico; la amabilidad del personal de enfermería y auxiliares; la claridad del personal de la medicina para explicar su enfermedad y tratamiento; y la preparación táctica y técnica con la que le atendió el personal de la medicina.

Las preguntas con una satisfacción más baja (puntuación menor de 65 puntos sobre 100), fueron: el personal de urgencias se identificó (nombre y profesión) al tratar con la persona enferma; la comodidad del aparcamiento; la información proporcionada sobre retrasos y esperas en el área de urgencias; el tiempo de espera para realizar las pruebas radiológicas; el tiempo que esperó desde el primer contacto con el personal médico hasta que le atendieron; y el tiempo de espera para ser informado de las pruebas.

En la pregunta “Satisfacción global de su visita a Urgencias” el 68,5% de las personas enfermas afirmaron estar satisfechos o muy satisfechos con el servicio recibido. Un 9,2% de las personas han afirmado estar insatisfecha o muy insatisfecha. Importante es decir que son estas personas enfermas (las muy insatisfechas, en este caso un 3,5%), las personas que pueden dañar más la imagen de un hospital.

Las principales conclusiones y recomendaciones se basan en centrarse en todas aquellas preguntas con mayor índice de prioridad y aquellas que su cambio sea factible.

En su mayor parte tienen que ver con:

- la información: “información proporcionada sobre retrasos y esperas en el área de urgencias”; “El personal mantuvo informado a sus familiares y/o amistades sobre el estado del paciente”; el personal de enfermería le mantuvo informado”.
- con el tiempo de espera: “desde el primer contacto con personal médico, tiempo que esperó hasta que recibió atención sanitaria”.
- y con el trato: “Amabilidad con la que trataron a sus familiares y/o amistades”; “El personal de urgencias le trató de manera correcta”; “preocupación del personal de enfermería por su privacidad”.

Estudio de satisfacción de pacientes de atención primaria del SES

El presente estudio de calidad percibida se ha efectuado con tres objetivos primordiales: Resaltar y dar a conocer las áreas prioritarias para aumentar la satisfacción de las personas enfermas de atención primaria del SES; Dar a conocer el impacto ante los ojos de la población usuaria, de acciones llevadas a cabo para mejorar aspectos concretos; Comparar la situación de cada área con respecto a la media del SES y con los de la base de datos de “FBA Consulting”.

Con este fin se enviaron por correo 22.685 encuestas totalmente anónimas con un sobre prefranqueado a las personas enfermas que acudieron a un centro de Atención Primaria del SES y recibieron por lo menos una receta durante el mes de octubre de 2008. El día 19 de mayo de 2009 se realizó el corte para la recepción de respuestas. Dentro del plazo de recogida se recibieron 6.045 encuestas válidas (tasa de respuesta del 26,6%), las cuales son representativas para un nivel de confianza del 95%, con un margen de error del 0,6%.

Las conclusiones y recomendaciones que se extraen del informe son las siguientes:

Índice de Prioridad: Indica las preguntas en las que es más importante actuar desde el punto de vista gerencial, ya que combina la satisfacción con la importancia que le dan las personas enfermas a cada pregunta. Las preguntas con un índice de prioridad más elevado son:

- Nivel de organización general del personal y del centro.

- El personal del centro estaba correctamente identificado (nombre y profesión).
- Probabilidad de recomendar a su profesional médico a otras personas.
- Eficacia del personal administrativo para resolver sus problemas.
- Eficacia y resolución de sus problemas de salud por parte del personal médico.
- Confianza y seguridad que me inspira el personal de enfermería.

Se recuerda que estas preguntas son importantes para las personas enfermas (correlación elevada) y tienen una satisfacción baja o media, por lo que es importante actuar en ellas. Como observamos, varios de estos ítems más importantes están relacionados con la organización del personal y del centro (con la eficacia del personal administrativo y el personal médico, o con la confianza en el personal de enfermería).

Importancias: Las preguntas con una correlación más elevada con la satisfacción global y, por tanto, que más importancia les han otorgado las personas enfermas han resultado ser las siguientes:
- Nivel de organización general del personal y del centro.
- El personal del centro estaba correctamente identificado (nombre y profesión).
- Eficacia y resolución de sus problemas de salud por parte del personal médico.
- Probabilidad de recomendar a su profesional de la medicina a otras personas.
- Confianza y seguridad que me inspira el personal médico.
- Confianza y seguridad que me inspira el personal de enfermería.

En el análisis de *benchmarking*, al compararse con los otros hospitales se observa que el SES (media ponderada), tiende a presentar resultados similares a la media de las áreas de atención primaria de la base de datos de FBA (17 áreas). Las diferencias negativas se centran en la facilidad para conseguir la cita previa, en la eficacia del personal administrativo y en la amabilidad del personal no sanitario.

Análisis de satisfacciones: con respecto al informe anterior de 2006, ha habido 29 cambios estadísticamente significativos (todos positivos). Las siete mayores diferencias positivas han correspondido a las siguientes preguntas:
- Facilidad para contactar con el servicio de cita previa.
- Comodidad y tranquilidad de la sala de espera.
- Señalización de las instalaciones del centro (consultas, aseos, salas de espera, etc.)
- Facilidad de transporte público para llegar a su centro.
- Equipo e instalaciones del centro de salud / consultorio.
- Comodidad de la ubicación del centro.
- Probabilidad de recomendar el centro a otras personas.

En cuanto a las diferencias negativas, no existen cambios estadísticamente significativos, ni tampoco existen preguntas con diferencias negativas.

En la pregunta "Satisfacción global en su visita al centro", el 57,4% de las personas enfermas afirmaron estar satisfechas o muy satisfechas con el servicio recibido (por un 56,9% del informe previo y un 58,3% del primer informe). Por el contrario, un 7,6% ha afirmado estar insatisfecha o muy insatisfecha (por el 9,1% del informe previo y por el 7,8% del primer informe). Es importante notar que son las personas enfermas muy insatisfechas (en este caso un 1,9%, 108 pacientes), son las que realmente hablan mal en el boca a boca.

Demográficamente, la media de edad ha sido en este informe de 54,4 años, con una mediana de 61 (recordamos que la mediana en el estudio de satisfacción de urgencias era de 48 años).

El tiempo medio de espera ponderado, por el número de pacientes atendidos en cada zona, desde la llegada de la persona enferma es de 28,6 minutos (mediana 20 minutos). Este tiempo de espera percibido ha disminuido en 1,5 minutos desde 2006 y es prácticamente el mismo que en el informe de 2004. Existe un 44,7% de las personas enfermas que afirma haber esperado más de 30 minutos. La satisfacción media entre este colectivo es mucho más baja. Al final del informe se incluyen los 3.278 comentarios que escribieron las personas enfermas en las encuestas.

Aquellas preguntas con mayor índice de prioridad tienen que ver con diversos aspectos (la organización del personal y del centro, la eficacia del personal administrativo y del personal médico, la recomendación del personal médico, la identificación de todo el personal, y la confianza en el personal de enfermería).

La satisfacción ha aumentado ligeramente con respecto al informe del año 2006. De hecho, ha habido 29 cambios estadísticamente significativos positivos respecto al anterior informe de 2006, relacionados con la cita previa, las instalaciones del centro, el personal de enfermería, el personal médico, los administrativos y la organización general. En las áreas el comportamiento es similar, ya que 7 áreas tienen aumento de satisfacción.

Estudio de satisfacción de pacientes hospitalizados del SES
Las conclusiones más relevantes del estudio de calidad percibida de las personas enfermas ingresadas entre el 1 de diciembre de 2008 y el 31 de mayo de 2009, en hospitales del SES son las siguientes:

Las mayores prioridades para la actuación desde el punto de vista gerencial, y que combina la satisfacción (que es baja o media) y la importancia (correlación elevada) que le dan las personas enfermas son: las respuestas a las quejas e inquietudes que manifestó durante la hospitalización; tener en cuenta la opinión de la persona enferma con respecto a su tratamiento; las condiciones del hospital para preservar su intimidad; la limpieza general del hospital; el estado general del hospital (pasillo, aseos, ascensores); y mantenimiento de la información por el personal de enfermería.

El análisis de *benchmarking* comparando el SES con los resultados de los hospitales públicos de la base de datos que FBA tiene (24 hospitales), indica que las diferencias positivas son: la calidad de la comida y que la comida y bebida llegaba con la temperatura adecuada. Las cinco mayores diferencias negativas son: las condiciones del hospital para preservar su intimidad; la facilidad de aparcamiento en el hospital; la opinión del baño (ducha y aseo en buen estado, toallas, etc.); la comodidad de las instalaciones para las visitas; y el horario de visita de la familia y las amistades.

Comparando con los resultados de la base de datos de FBA, no existen diferencias positivas; y las mayores diferencias negativas son: las condiciones del hospital para preservar su intimidad, la comodidad de las instalaciones para las visitas, el horario de visita de la familia y las amistades, y el comportamiento del personal del hospital con sus visitas.

Las secciones del hospital con una satisfacción más alta son: al darle de alta, las pruebas diagnósticas y el ingreso. Las secciones con menor satisfacción son: visitantes y familiares (en esta sección se incluye la pregunta de aparcamiento, que hace bajar la media) y asuntos personales.

La mayor satisfacción en las preguntas de la encuesta son: amabilidad de la persona que le hizo pruebas radiológicas; amabilidad del personal médico; calificación general de la asistencia médica y humana proporcionada en el hospital; amabilidad y delicadeza del personal de enfermería; y opinión del personal que le trasladó dentro del hospital (celadores/as).

Las preguntas de la encuesta con menor satisfacción son: la facilidad de aparcamiento en el hospital; la comodidad de las instalaciones para las visitas; la decoración y mobiliario de la habitación; las condiciones del hospital para preservar su intimidad; la respuesta a las quejas e inquietudes que manifestó durante su hospitalización.

A pesar de que un 75,1% de las personas enfermas afirmaron estar satisfechas o muy satisfechas con el servicio recibido (un 76,2% en el informe previo), un 3,8% manifestó lo contrario (el 4,6% del informe previo), con la importancia que estas últimas pueden tener para hablar mal en el “boca a boca”.

Las preguntas con una correlación más elevada con la satisfacción global, y que más importancia le han otorgado las personas enfermas son: el respeto con el que se ha sentido tratado por el personal del hospital; la respuesta a las quejas e inquietudes que manifestó durante su hospitalización; tener en cuenta su opinión respecto al tratamiento; el personal médico le mantuvo informado; limpieza general del hospital; las explicaciones sobre la prueba diagnóstica a realizar.

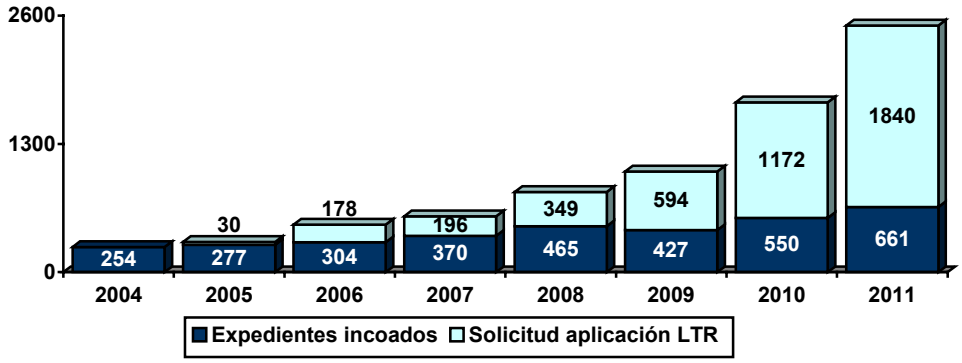
Por edad, el grupo de pacientes más joven (15 años o menos y entre 15 y 34 años) es el que tienen en general una satisfacción más baja, sobre todo en lo que se refiere a temas estructurales. No se han encontrado diferencias por sexo.

La satisfacción ha bajado ligeramente con respecto al informe del año 2007. De hecho, ha habido 14 descensos estadísticamente significativos respecto al anterior informe de 2007. Los descensos están relacionados en su mayor parte con aspectos estructurales. Sin embargo el comportamiento es desigual, y existen hospitales con aumento y otros con descenso. Las preguntas que más han empeorado y que tienen más cambios estadísticamente significativos, están relacionadas con aspectos estructurales, visitantes y familiares.

9.11.3.- Defensor de los Usuarios del SSPE

Durante el año 2011, el Defensor de los Usuarios del SSPE ha mantenido contacto con unos 300.000 personas usuarias, a través del foro Web, de las cuales, en 6.000 ocasiones se trató de un contacto directo que originaron la apertura de 2.501 expedientes, y de los que 1.840 fueron solicitudes de aplicación de la Ley 1/2005 de Tiempos de Respuesta en la atención sanitaria especializada, y 661 fueron reclamaciones y sugerencias. En el año 2011 se ha producido un incremento del 35% del número de reclamaciones y solicitudes con respecto al año anterior. Figura 9.13.

Figura 9.13 Evolución anual de los expedientes abiertos por la Oficina del Defensor de los Usuarios del SSPE. Años 2003-2011



Fuente: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS. Oficina del Defensor Usuarios SSPE.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Los motivos más reclamados durante el año 2011 se corresponden, al igual que en los años anteriores, con disconformidad por listas de espera y citaciones (reclamaciones cuando la ciudadanía considera excesivo el tiempo en recibir atención sanitaria), seguidos de la disconformidad por la Organización y Normas (desacuerdos que la población usuaria muestra sobre normas o sobre los sistemas organizativos), y la insatisfacción en el trato personal o por mala o deficiente asistencia sanitaria. Tabla 9.49.

Tabla 9.49 Evolución del número de expedientes incoados por la "Oficina del Defensor de los Usuarios del SSPE" según motivo de reclamación. 2004-2011

Reclamaciones o disconformidad	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Lista de espera y citaciones	91	106	95	141	194	215	312	375
Atención personal y/o asistencial	48	72	83	96	93	87	81	98
Organización y normas	58	46	47	34	90	72	104	124
Información clínica del proceso	18	16	24	16	31	15	23	31
Deficiencias estructurales y personales	16	37	46	56	28	14	5	13
Otras causas	23	-	9	27	29	26	25	20

Fuente: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS. Oficina del Defensor Usuarios SSPE.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

9.14.- GASTO SANITARIO

9.14.1.- Gasto sanitario público presupuestado

La asunción de las transferencias de la asistencia sanitaria del SNS se realizó en el año 2002. Por ello, en los presupuestos de la Consejería de Sanidad correspondiente al año 2001 se incluyen los del extinto INSALUD más los de la Consejería. Y en la columna del año 2001, los presupuestos del SES se refieren al INSALUD.

A partir de 2003 se produjo el primer presupuesto de gastos de sanidad elaborado totalmente desde la CAE. Los presupuestos destinados a la asistencia sanitaria han pasado de 684.099 € durante el último año de presupuestos INSALUD a 1.460.441.138 €, creciendo todos los años muy por encima del IPC, hasta el año 2010 donde se ha venido produciendo un descenso paulatino en el presupuesto, y situándose en 2012 en niveles anteriores al año 2008. Tabla 9.50.

Tabla 9.50 Evolución del gasto sanitario presupuestado de la Consejería con competencias en sanidad, y el Organismo Autónomo SES. En euros. Extremadura. 2001-2012

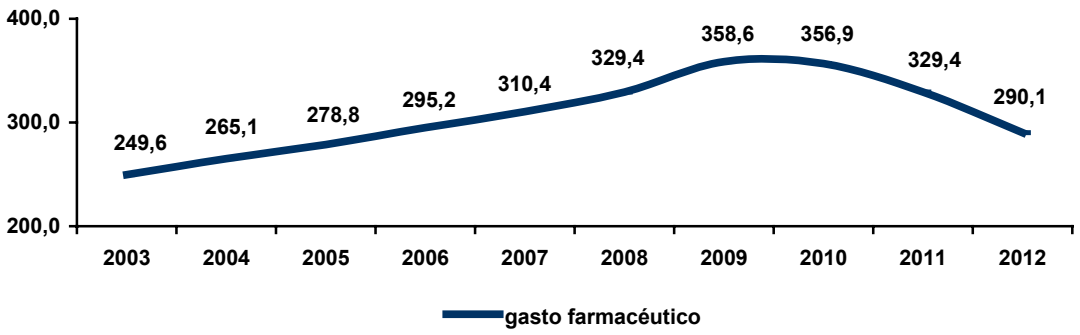
Año	Consejería	SES	Incremento*	Año	Consejería	SES	Incremento*
2001	749.515.830	684.099.500		2007	1.463.304.833	1.372.590.817	9,00%
2002	971.236.059			2008	1.801.209.004	1.562.079.533	13,81%
2003	1.004.924.144	936.573.702		2009	1.940.740.074	1.643.307.668	5,20%
2004	1.093.102.815	1.026.021.343	8,71%	2010	1.966.939.088	1.633.272.505	- 0,61%
2005	1.228.396.731	1.157.303.235	12,80%	2011	1.928.507.841	1.514.175.731	-7,29%
2006	1.337.312.607	1.259.257.631	8,81%	2012	1.844.343.375	1.460.441.138	-3,54%

*Incremento anual del presupuesto del SES.
Fuente: Diario Oficial de Extremadura. Presupuestos Generales de la CAE.
Elaboración. Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

9.14.2.- Gasto farmacéutico por facturación de recetas en oficinas de farmacia

El SSPE ha gastado en medicamentos (sólo los que se dispensan con recetas en farmacias) la cantidad de 290.192.766 euros durante el año 2012, lo que supone una disminución del 4,25% con respecto al gasto del año anterior, confirmando la tendencia negativa iniciada en el año 2010, y situándose en niveles de gasto anteriores al año 2006. Figura 9.14.

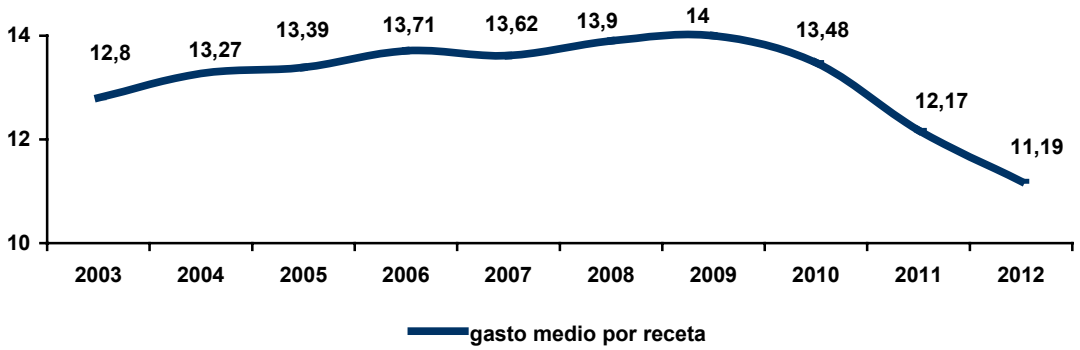
Figura 9.14 Evolución del gasto farmacéutico en Extremadura, a través de receta oficial del SNS (en millones de euros). 2003-2012



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Facturación de recetas médicas del SNS.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

En los últimos años se han venido introduciendo medidas para la contención del gasto farmacéutico. Entre ellas se encuentran las políticas de promoción de la prescripción de genéricos y por principio activo, lo que se ha traducido en una disminución en el gasto medio por receta facturada a partir del año 2010, rompiendo la tendencia al aumento que se venía produciendo en los años anteriores. Durante el año 2012, el gasto medio por receta facturada del SNS ha sido de 11,19 euros, un 7,99% menos que en el año anterior, y la cifra más baja del período de estudio. Figura 9.15.

Figura 9.15 Evolución del gasto medio por receta facturada en Extremadura (en euros). 2003-2012.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Facturación de recetas médicas del SNS.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

9.15.- MEDICAMENTOS DE USO HUMANO

9.15.1.- Transmisión de alertas y notas informativas de medicamentos de uso humano y productos sanitarios

La Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios es el organismo encargado de remitir a las CCAA, las Alertas y Notas Informativas de medicamentos y productos sanitarios que implican una retirada del mercado o una inmovilización de los mismos, así como de notificar los desabastecimientos y problemas de seguridad asociados a medicamentos. Tras la recepción en el Servicio de Ordenación Farmacéutica y Productos Sanitarios se remitirán a una lista de destinatarios que será distinta en cada caso, dependiendo de la naturaleza de la información recibida y del tipo de medicamento o producto sanitario afectado.

En Extremadura, se han registrado y difundido en el periodo 2006-2012 las siguientes Alertas y Notas Informativas. Tablas 9.51 y 9.52.

Tabla 9.51 Alertas y Notas Informativas de medicamentos de uso humano difundidas en Extremadura. 2006-2012

Alertas y notas informativas de medicamentos	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Alertas	51	32	36	33	51	48	52
Desabastecimientos / reabastecimientos	13	11	28	99	157	271	259
Notas Informativas	6	18	19	13	23	39	21
Comunicaciones de riesgos	10	9					
Medicamentos ilegales	4	5	6	1	7	17	27

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Farmacia.
Elaboración: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Farmacia.

Tabla 9.52 Alertas y Notas Informativas de productos sanitarios difundidas en Extremadura. 2006-2012

Alertas y notas de productos sanitarios	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Alertas	196	311	335	420	547	638	576
Notas Informativas	15	18	2	6	17	28	18

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Farmacia.
Elaboración: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Farmacia.

El seguimiento y registro de las medidas cautelares (retirada/inmovilización), decretadas por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios y, en su caso, las Notas Informativas de las oficinas de farmacia de cada área de salud durante el periodo 2006-2012, figura en la Tabla 9.53.

Tabla 9.53 **Nº de envases retirados/inmovilizados en las oficinas de farmacia de cada área de salud. Extremadura. 2006-2012**

Áreas de salud	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Badajoz	552	258	721	1.012	958	51	1.167
Mérida	278	205	237	44	94	8	1
Don Benito-Villanueva	120	45	201	279	189	19	30
Llerena-Zafra	310	112	251	66	226	33	644
Cáceres	253	602	582	253	524	24	594
Coria	88	134	160	113	189	9	290
Plasencia	64	55	242	160	88	37	20
Navalmoral de la Mata	79	131	169	104	227	14	486
Nº envases retirados/inmovilizados	**1.744**	**1.538**	**2.563**	**2.031**	**2.495**	**195**	**3.232**

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Farmacia.
Elaboración: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Subdirección de Farmacia.

9.15.2.- Programa de notificación de sospecha de reacciones adversas a medicamentos

El Centro Regional de Farmacovigilancia de Extremadura lleva a cabo las tareas de farmacovigilancia mediante el desarrollo del Programa de Notificación Espontánea de Reacciones Adversas a Medicamentos a través de la denominada “Tarjeta Amarilla”, y cuyo objetivo es la identificación de problemas asociados al uso de medicamentos, con una comunicación rápida a los distintos Centros Regionales y Nacional de Farmacovigilancia.

A partir de la iniciativa notificadora de los profesionales sanitarios mediante la “tarjeta amarilla”, y a través de la web www.notificaRam.es se recopila información sobre reacciones adversas de los medicamentos utilizados, lo que va a permitir adoptar medidas reguladoras, las cuales van desde la incorporación en la ficha técnica de la especialidad farmacéutica de una contraindicación, a la información sobre nuevas reacciones adversas, y hasta la suspensión de la comercialización.

En Extremadura, durante el año 2012 se han recibido 274 notificaciones de sospechas de reacciones adversas a medicamentos (incluyendo seguimiento o información adicional acerca de una notificación recibida previamente, y duplicados o notificaciones que contienen la misma información de un mismo caso recibido previamente por otra vía), en las que se comunican 541 reacciones atribuidas a 840 fármacos, y con información mínima para ser incluidas en la base de datos del Sistema Español de Farmacovigilancia Humana (SEF-H), denominada FEDRA. Tabla 9.54

Tabla 9.54 **Evolución del número de notificaciones de sospechas de reacciones adversas a medicamentos y de reacciones a fármacos. Extremadura 2006-2012**

Reacciones adversas	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Notificaciones de sospechas	131	257	415	141	431	291	274
Reacciones a fármacos	288	575	815	312	810	520	541

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Centro Regional de Farmacovigilancia de Extremadura.
Elaboración: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Centro Regional de Farmacovigilancia de Extremadura

Atendiendo a la gravedad de la reacción adversa a medicamentos, aplicados por el SEFV-H, durante el año 2012 se han notificado en Extremadura 144 reacciones con la categoría de “graves”, y 130 “no graves”. Tabla 9.55

Tabla 9.55 **Evolución del número de notificaciones de reacciones adversas a medicamentos según gravedad. Extremadura 2006-2012**

Criterios de gravedad	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Graves	67	79	139	55	171	172	144
No graves	64	178	276	86	260	119	130

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Centro Regional de Farmacovigilancia de Extremadura.
Elaboración: Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES. Centro Regional de Farmacovigilancia de Extremadura

10.- PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD

10.1.- SALUD DE LA MUJER.

10.1.1.- Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM):

El Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en Extremadura se puso en marcha en el año 1998, y está dirigido a todas las mujeres residentes en Extremadura de 50 a 69 años, y aquellas de 40 a 49 años con antecedentes de cáncer de mama en primer grado. El Programa se organiza en rondas de cribado de dos años de duración (la 7ª ronda de cribado finalizó el 31 de diciembre de 2012), y tiene como objetivo final, la disminución de la mortalidad por esta enfermedad en las mujeres, para lo que se establece como prueba la mamografía.

Estructura, organización y recursos

La estructura, organización y recursos del PDPCM es la siguiente:

1. La Unidad Central de Gestión. Se encuentra ubicada en los SSCC del SES, y tiene adscrito personal de medicina (1), enfermería (1), auxiliar de clínica (2) y auxiliar administrativo (1). Entre sus funciones principales se encuentran: la planificación, control, gestión, difusión y evaluación del programa; la citación de las usuarias y envío de resultados a EAP; la coordinación de las distintas unidades del programa; la atención directa a profesionales sanitarios así como a usuarias participantes en el mismo; y la gestión de la aplicación informática de este programa en colaboración con los Sistemas de Información del SES.
2. Las Unidades de realización de mamografías. Con dos unidades móviles y once fijas. Las 2 Unidades móviles (dependientes de una empresa adjudicataria con personal propio, formado por 1 TER y un conductor), están encargadas de la realización de las mamografías a mujeres que residen en núcleos rurales, desplazándose a las distintas localidades siguiendo un calendario establecido y elaborado por la Unidad Central de Gestión. Las 11 unidades fijas realizan las mamografías a mujeres que residen en núcleos urbanos o poblaciones con hospitales y centros sanitarios dependientes del SES. Estas están situadas en Badajoz (H. Perpetuo Socorro), Cáceres (H. Virgen de la Montaña), Coria (H. Ciudad de Coria), Don Benito y Villanueva de la Serena (H. Don Benito-Villanueva), Zafra y Llerena (H. de Zafra), Mérida (H. de Mérida), Navalmoral (H. Campo Arañuelo), Plasencia (H. Virgen del Puerto), Almendralejo (H. Tierra de Barros), Trujillo (Centro de Alta Resolución), y Talarrubias (H. Siberia-Serena).
3. Las Unidades de Lectura. Encargadas del estudio de las mamografías realizadas tanto en las unidades móviles como en las unidades fijas, así como en aquellos casos que tras el estudio de la mamografía se necesiten otras pruebas complementarias. Estas unidades de lectura asumen dichas pruebas y las conductas que de las mismas se derivan, estableciéndose para las mamografías del PDPCM un estudio doble y por consenso. Existen 8 Unidades de Lectura, que están compuestas por profesionales especialistas en radiología del SES, y se encuentran ubicadas en: Badajoz (4 especialistas en radiología); Cáceres (5 especialistas en radiología); Coria (2 especialistas en radiología); Don Benito (6 especialistas en radiología); Zafra-Llerena (2 especialistas en radiología); Mérida (3 especialistas en radiología); Navalmoral de la Mata (4 especialistas en radiología); y Plasencia (6 especialistas en radiología).

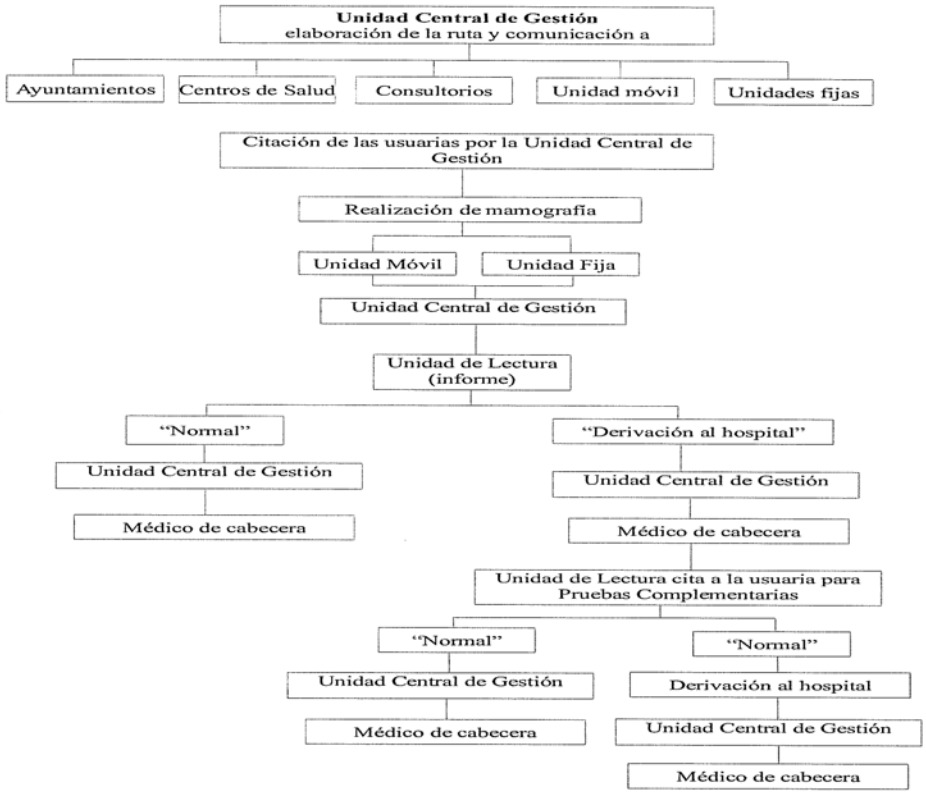
Funcionamiento del programa

Todas las mamografías realizadas a mujeres dentro del programa, (en la unidad móvil o en la unidad fija), serán enviadas desde la Unidad Central de Gestión a la unidad de lectura que corresponda y ahí son estudiadas por dos especialistas en radiología de forma independiente emitiendo un informe cada una de estas personas. Este resultado llega a la Unidad Central y desde esta unidad, dichos resultados son enviados al profesional médico de cabecera. Dichos resultados, se enviarán en el plazo máximo de un mes, cuando la mamografía no necesite pruebas complementarias para llegar a un diagnóstico, en caso contrario el plazo se amplía a 2 meses enviando al profesional médico de cabecera, resultados definitivos de mamografía y resultados de pruebas complementarias realizadas.

De la interpretación hecha por el personal especialista en radiología de las mamografías realizadas, se obtiene una serie de recomendaciones:

- volver al Programa con control ordinario (dos años), o con controles intermedios (un año, seis meses)
- remitir a la usuaria a las consultas de Radiodiagnóstico para pruebas complementarias, para una vez realizadas éstas, las usuarias o bien vuelven al Programa para su control, o directamente desde la unidad de lectura pasan a unidades de patología de mama, sin mediar consultas con otros especialistas lo que supone una mayor eficacia y rapidez en la respuesta ante posibles alteraciones mamográficas, así como un ahorro de consultas hospitalarias en las distintas áreas de salud. Figura 10.1.

Figura 10.1 **Esquema del funcionamiento del Programa**



Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Epidemiología.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

Evaluación del proceso

El número de mamografías realizadas no ha dejado de incrementarse durante las distintas rondas de cribado. Así en la primera ronda de cribado se realizaron 29.933, en la segunda ronda 34.766, en la tercera 41.908, en la cuarta 46.965, en la quinta 76.017, y en la sexta 84.331.

En sexta ronda se puede observar que durante los años 2009 y 2010 se han realizado un total de 84.331 mamografías, con 3.267 controles intermedios, 3.657 pruebas complementarias, y 271 mamografías con criterio de malignidad. Tabla 10.1.

Tabla 10.1 **Evolución de los indicadores de proceso del PDPCM en Extremadura (rondas 3ª, 4ª, 5ª y 6ª). En números**

Indicadores de proceso	3ª (03/04)	4ª (05/06)	5ª (07/08)*	6ª (09/10)*
Número de mamografías realizadas	41.908	46.965	76.017	84.331
Número de controles intermedios	2.250	1.800	2.126	3.267
Número de pruebas complementarias	3.434	2.391	3.566	3.657
Nº de mamografías con criterios de malignidad	197	155	254	271

*A partir de la 5ª ronda de cribado se aumentó la población diana hasta los 69 años
Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Epidemiología.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Evaluación del resultado

En las rondas de cribado 4ª, 5ª y 6ª se han alcanzado los valores óptimos de participación de la población diana en el Programa. La mayor participación de la población diana en el PDPCM se ha producido en la 6ª ronda de cribado, con un porcentaje del 79%. Tabla 10.2.

Tabla 10.2 **Evolución de los indicadores de resultados del PDPCM en Extremadura (rondas 3ª, 4ª, 5ª y 6ª). Comparativa con valores óptimos y aceptables. En porcentaje**

Indicadores de resultados	3ª (03/04)	4ª (05/06)	5ª (07/08)	6ª (09/10)
Participación (óptima >75%, aceptable >60%)	54%	75%	76%	79%
Controles intermedios (Recitación óptima <5%, Recitación aceptable <7%)	3%	2%	2%	3,8%
Pruebas complementarias (Tasa de valoraciones adicionales: óptima <1%, aceptable <5%)	5,8%	5,0%	4,6%	4,3%

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Epidemiología.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Continuidad del PDPCM

El PDPCM tiene prevista su continuidad en el futuro, introduciendo algunos cambios, que irán dirigidos a: la modificación de la población diana (exclusivamente irá dirigido a mujeres de 50 a 69 años, excluyendo al grupo de mujeres de 40 a 49 años con antecedentes de Cáncer de mama en primer grado); y a la integración del programa informático de control, gestión y evaluación (SIGMACE), dentro del aplicativo informático JARA.

10.2.- SALUD INFANTIL

10.2.1.- Salud escolar. Controles de salud

Actualmente, el Programa de Salud Escolar se estructura en cuatro áreas de intervención: educación para la salud (EpS) y controles de salud, donde se incluye la revisión del estado inmunitario de los escolares, la salud bucodental y la prevención de trastornos por déficit de yodo.

Tiene como referencia, desde el punto de vista técnico, al Programa del Niño y del Adolescente en lo que a Salud Escolar se refiere, aparte de lo especificado en la Ley de Salud Escolar (2/90, de 26 de abril). Hasta 2006, los controles de salud se realizaban en los centros escolares; pero a partir de 2007, dichos controles se llevan a cabo en la zona de salud a la que pertenece cada niño, según su domicilio familiar. Esta modificación se ha hecho con el fin de que sean siempre los mismos profesionales de la salud, los que examinen el desarrollo del niño y adolescente.

El contenido básico del control de salud consiste en una exploración somatométrica, bucodental, del cuello, tórax, genitales, aparato locomotor, visual, auditiva, desarrollo del lenguaje y comprobación del correcto estado vacunal así como detectar problemas con el aprendizaje escolar de los alumnos y alumnas, trastornos del déficit de atención y otros problemas crónicos de salud. También se dan consejos de salud relacionados con los adolescentes. Se practica a la población infantil y adolescente de 6, 10 -11 y 13 - 14 años, que cursan sus estudios en centros públicos, privados o concertados de la Comunidad Autónoma de Extremadura, así como si pertenecen al Sistema Público de Salud como a compañías privadas. Tiene por objeto detectar y tratar precozmente las anomalías susceptibles de ser corregidas y obtener información básica del nivel de salud de los niños y las niñas de las zonas de Salud.

Entre los resultados, las patologías más frecuentes detectadas en los escolares durante el curso 2010-2011, fueron: caries (18,56%), déficit de agudeza visual (12,98%), maloclusión dental (11,29%), sobrepeso (6,15%), escoliosis (5,92%), y obesidad (4,38%). Tabla 10.3.

Tabla 10.3 **Evolución de las patologías más frecuentes detectadas y de los problemas crónicos más frecuentes registrados en el Programa de Salud Escolar. Extremadura**

PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR						
	Curso 2008-2009		Curso 2009-2010		Curso 2010-2011	
Población diana	29.020		28.128		30.861	
Niños/as reconocidos/as	17.858	61,5%	13.584	48,29%	12.203	39.54%
Patologías mas frecuentes encontradas						
Talla baja	196	1,10%	189	1,39%	152	1,25%
Sobrepeso	1.505	8,43%	1.080	7,95%	751	6,15%
Obesidad	1.323	7,41%	1.003	7,38%	535	4.38%
Caries	3.557	19,92%	2.557	18,82%	2.265	18.56%
Maloclusión dental	2.255	12,63%	1.505	11,08%	1.378	11.29%
Déficit agudeza visual	2.122	11,88%	1.573	11,58%	1.584	12.98%
Trastorno lenguaje (6 años)	101	1,43%	62	1,40%	69	1.60%
Trastorno auditivo (6 años)	47	0,67%	21	0,47%	20	0.46%
Dificultad aprendizaje (6 y 10-11 años)	186	1,41%	124	1,38%	114	1.33%
Escoliosis (10 y 13-14 años)	571	5,29%	431	5,16%	467	5.92%
Problemas crónicos registrados						
Asma	492	2,76%	384	2,83%		
Sobrepeso / obesidad	1.170	6,55%	738	5,43%		
Talla baja	87	0,49%	88	0,65%		
Trastornos hiperactividad	103	0,58%	128	0,94%		
Consejos de salud						
Consejos de salud al adolescente (13-14 años)	979	20,82%	64	1,68%		

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Epidemiología.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

10.2.2.- Salud escolar. Prevención de trastornos por déficit de yodo

Como prevención de los trastornos por déficit de yodo, el SES (a través del Programa de Salud Escolar) reparte todos los años sal yodada a los comedores escolares, tanto públicos como privados, de Extremadura, así como a las industrias panaderas de las zonas endémicas.

Durante el curso 2010-2011 se han repartido 27.000 Kg de los cuales 16.300 Kg. a los comedores escolares de toda Extremadura, y 10.700 Kg. a industrias panaderas del Norte de Cáceres.

10.2.3.- Salud escolar. Educación para la salud

En Extremadura se han creado las Escuelas Promotoras de Salud de Extremadura. Desde el Programa de Salud Escolar se forma a los profesores a través de los Centros de Profesores y Recursos ubicados en diferentes puntos de la geografía extremeña.

10.2.4.- Salud bucodental

La salud bucodental en la población infantil extremeña, se realiza a través del Plan de Atención Dental Infantil de Extremadura.

10.3.- INMUNIZACIONES PREVENTIVAS

El Calendario Íntegro de Vacunaciones de la Comunidad Autónoma de Extremadura se aprobó mediante Decreto 161/2006, de 6 de septiembre (DOE nº 108, de 14 de septiembre de 2006). Está constituido por el Calendario de Vacunaciones Sistemáticas Infantiles, el Calendario del Niño Mal Vacunado y el Calendario del Adulto.

10.3.1.- Vacunaciones infantiles

El Calendario de Vacunaciones Sistemáticas Infantiles, fue modificado en dos ocasiones por el Decreto 23/2008, de 22 de febrero (DOE nº 42, de 29/02/2008), y por el Decreto 24/2013, de 5 de marzo, (DOE nº 49 de 12/3/2013). Figura 10.2.

Figura 10.2 **Calendario de Vacunaciones Sistemáticas Infantiles. Extremadura. 2013**

0 mes	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	15 meses	18 meses	4 años	6 años	10 años	14 años
HB	HB		HB							
	Tétanos	Tétanos	Tétanos			Tétanos		Tétanos		Tétanos adulto
	Difteria	Difteria	Difteria			Difteria		Difteria		Difteria adulto
	Tosferina acelular	Tosferina acelular	Tosferina acelular			Tosferina acelular		Tosferina acelular		
	Poliomelitis inactivada	Poliomelitis inactivada	Poliomelitis inactivada			Poliomelitis inactivada				
	Hib	Hib	Hib			Hib				
	MC	MC			MC					
				Sarampión			Sarampión			
				Rubeola			Rubeola			
				Parotiditis			Parotiditis			
									Varicela (1)	
										VPH (2)

(1) Para los no vacunado previamente que manifiesten no haber pasado la enfermedad.
(2) Vacuna frente al virus del papiloma humano, sólo para niñas. Pauta completa según ficha técnica.
Fuente: Gobierno de Extremadura. Diario Oficial de Extremadura.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

En la evolución de las coberturas de vacunaciones infantiles en Extremadura, se observa durante el período de estudio, una alta cobertura de las primovacunaciones. Tabla 10.4.

Tabla 10.4 **Evolución de las coberturas de vacunaciones infantiles. Extremadura. 2009-2012**

		2009	2010	2011	2012
Primovacunación: niños vacunados de 0 a 1 año (3 dosis)	Poliomielitis	92,83	92,37	99,02	99,51
	DTPa	92,83	92,37	99,02	99,51
	Hib	92,83	92,37	99,02	99,51
	Hepatitis B	94,37	92,86	94,12	94,19
	Meningitis C (2 dosis)	91,59	93,21	99,44	99,32
Vacunación de refuerzo: niños vacunados de 1 a 2 años	Poliomielitis	89,29	90,03	87,29	93,32
	DTPa	89,29	90,03	87,29	93,32
	Hib	89,29	90,03	87,29	93,32
	Meningitis C (3ª dosis)	95,72	89,43	91,76	97,48
Vacunación de refuerzo: niños vacunados de 4 a 6 años	DTPa	92,60	69,39	67,28	68,70
Vacunación de adolescentes	Td (14 – 16 años)	88,25	40,51	24,14	33,45
	Varicela (14 – 16 años)	16,51	56,46	12,87	10,74
	Hepatitis B (3 dosis)	69,16	67,34	41,08	27,85
	VHP (3 dosis)	95,93	85,20	75,17	78,09
Triple vírica	1ª dosis: niños de 12 – 15 meses	96,87	96,51	104,5	127,85
	2ª dosis: niños de 3 – 6 años	94,15	89,06	76,32	72,32

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Epidemiología.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

10.3.2.- Campaña de vacunación contra la gripe

La gripe es una enfermedad respiratoria aguda de gran trascendencia en salud pública. Todos los inviernos se producen brotes de gripe con extensión y afectación variable, que conllevan una gran morbilidad y mortalidad (ésta última debido fundamentalmente al gran número de complicaciones que induce la enfermedad en ancianos e individuos con enfermedades crónicas). Para su prevención y control, así como para evitar sus complicaciones, la medida más importante y eficaz es la vacunación. La campaña de vacunación antigripal de cada temporada se realiza durante el otoño (octubre y noviembre).

La población diana a la cual iba dirigida la campaña de vacunación antigripal hasta la campaña 2009/2010 fue:

- Personas mayores o iguales a 65 años de edad.
- Personas menores de 65 años que, por presentar una condición clínica especial, tienen un alto riesgo de complicaciones derivadas de la gripe; o porque el padecer la enfermedad pueda provocar una descompensación de su condición médica.
- Personas que pueden transmitir la gripe a aquellas que tienen un alto riesgo de presentar complicaciones.
- Otros grupos en los que se recomienda la vacunación.

Las coberturas vacunales frente a la gripe indican una tendencia descendente de las mismas durante las temporadas comprendidas entre los años 2002 y 2009, sin embargo, la población total vacunada no disminuyó durante esos años. Durante el año 2005, hubo un incremento de la población total vacunada a expensas fundamentalmente de la población menor de 65 años. En la temporada 2009/2010, a la inmunización frente a la gripe estacional, se sumó la inmunización a la población incluida en determinados grupos de riesgo frente a la gripe A. Tabla 10.5.

Tabla 10.5 Evolución de la cobertura de vacunación de la gripe y número de personas vacunadas. Extremadura. Temporada 2002/2003 - 2009/2010

Personas vacunadas	02/03	03/04	04/05	05/06	06/07	07/08	08/09	09/10
P. Vacunadas>64 años	166.986	159.101	148.116	160.445	151.600	147.451	144.146	145.045
Cobertura >64 años	85,98%	81,92%	76,26%	79,43%	75,05%	69,83%	71,36%	68,03%
P. Vacunadas<65 años*	32.961	59.110	57.758	64.050	56.368	53.131	60.266	60.953
Total p. vacunadas	**199.946**	**218.211**	**205.874**	**224.495**	**207.968**	**194.108**	**204.412**	**205.998**

* Incluye personal sanitario y parasanitario.
Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Epidemiología.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

A partir de la temporada 2010/2011, se ha incluido en la población diana a toda la población mayor o igual de 60 años. Tabla 10.6.

Tabla 10.6 Evolución de la cobertura de vacunación de la gripe y número de personas vacunadas. Extremadura. Temporada 2010/2011 y 2011/2012

Personas vacunadas	2010/2011	2011/2012
Personas vacunadas>59 años	150.425	140.670
Cobertura >59 años	55,21%	49,59%
Personas vacunadas<60 años*	37.994	57.410
Total personas vacunadas	**188.419**	**183.934**

* Incluye personal sanitario y parasanitario
Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Subdirección de Epidemiología.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

10.3.3.- Programa de inmunización frente a neumococo

Las enfermedades producidas por neumococo son más frecuentes en la población infantil, en las personas de edad avanzada, en las que padecen ciertas enfermedades crónicas y en personas con inmunodepresión.

Con la finalidad de disminuir la enfermedad neumocócica y sus complicaciones en la población infantil de riesgo, se indica la inmunización con vacuna conjugada frente a neumococo (con 13 serotipos), a la población con edades comprendidas entre 2 meses y 5 años, que padezcan alguna enfermedad que los incluya en algún grupo de riesgo.

10.3.4.- Programa de inmunización frente a varicela

Con la finalidad de disminuir la incidencia y las complicaciones de la varicela en la población de riesgo, a finales de 2004 se inició la inmunización con vacuna de la varicela para población infantil y adulta (población de 1 a 65 años de edad) que pertenezca a alguno de los grupos de riesgo que se incluyen en este programa de inmunización.

Dentro del actual Calendario Sistemático Infantil de Vacunaciones de Extremadura, se inmuniza frente a varicela a la población de 10 años de edad, no vacunada previamente y que manifiesten no haber padecido la enfermedad.

En el Calendario del Niño Mal Vacunado (DOE número 108 del 14 de septiembre de 2006), las pautas de administración son diferentes dependiendo de la edad de la primera visita.

10.3.5.- Otras actividades

Con la finalidad de mejorar la gestión, la conservación y las indicaciones de las vacunas, se atienden las consultas realizadas tanto por profesionales como usuarios/as, al personal técnico de la Consejería de Salud y del SES sobre diversos temas relacionados con ellas (indicación o no de administrar una vacuna en diferentes situaciones, interacciones, actuación ante la rotura de la cadena de frío, etc.).

Así mismo, se cuenta con la asistencia de representantes de la Consejería de Salud, a las reuniones del Consejo Interterritorial del SNS, con la finalidad de actuar de forma coordinada en el ámbito de las inmunizaciones con el resto de CCAA.

10.4.- EDUCACIÓN PARA LA SALUD

10.4.1.- Educación para la Salud

Según la OMS, la promoción de estilos saludables es una actividad básica que debe ser impulsada por los sistemas sanitarios de todo el mundo. La promoción de la salud tiene como herramienta fundamental la Educación para la Salud (EpS).

La EpS actual debe regirse por los principios de trabajo multidisciplinar, multisectorial, participativo, vivenciado y coordinado.

También es necesario tener en cuenta algunos inconvenientes inherentes a la EpS, como que sus resultados suelen verse sólo a largo plazo y que para llegar a la efectividad real, incluso a la excelencia, se precisa de la coordinación y compromiso de sectores no sanitarios, a los que hay que concienciar previamente de los beneficios de la EpS llevada a cabo de forma intersectorial y de las acciones coordinadas. Es conocido que a pesar de los esfuerzos que se puedan realizar desde la promoción y Educación para la Salud, en numerosas ocasiones no se consigue el efecto deseado porque hay otros factores que juegan en contra de esos esfuerzos, muchas veces, con bastante más poder de influencia que la EpS y que todo el Sistema Sanitario en su conjunto.

La EpS tiene el objetivo de enseñar, conocimientos y habilidades, a las personas para que puedan tomar las decisiones correctas por sí solas respecto a su salud, en cualquier momento y lugar (capacitación). Es importante llevar a cabo actividades de EpS a todas las edades, pero sobre todo en la edad infantil y juvenil, porque la mayoría de los hábitos adquiridos a esas edades suelen persistir durante toda la vida de las personas.

10.4.2.- Actuaciones en Educación para la Salud en Extremadura

Las acciones de EpS puestas en marcha e impulsadas en Extremadura, en Educación para la Salud, pueden ser incluidas en su mayor parte, en los puntos siguientes:

Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura 2007-2012.
Establece medidas a corto, medio y largo plazo, cuyo objetivo es crear un entorno favorecedor a la EpS. Es especialmente importante resaltar que su metodología de elaboración fue muy participativa y que es el único Plan sobre EpS a nivel estratégico hasta ahora en España que contempla los ámbitos fundamentales que recomienda la OMS: Sanitario, Educativo y Sociocomunitario y Laboral.

Establece cinco áreas: 1. Transversal, de coordinación. 2. Ámbito Sanitario. 3. Ámbito Educativo. 4. Ámbito Sociocomunitario y Laboral. 5. Formación e Investigación. Por otra parte, es importante destacar que el Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura 2007-2012 contempla especialmente la perspectiva de género.

Durante el periodo de vigencia del Plan, se han llevado a cabo numerosas actividades, habiéndose ejecutado el mismo en un alto porcentaje. Tabla 10.7

Tabla 10.7 Evaluación del Plan Marco de Educación para la Salud 2007-2012

Área	Objetivo nº	Líneas de actuación		
		Conseguidas	Parcialmente conseguidas	No conseguidas
1	1 (Promoción EpS)	1	0	0
	2 (Elementos de apoyo)	6	7	2
	3 (Calidad y Eficiencia)	3	5	1
	4 (Elaboración y difusión de materiales)	3	4	0
2	5 (Impulso EpS Sanitarios)	3	0	5
	6 (Coordinación desde el ámbito sanitario)	1	1	1
3	7 (Dotación centros educativos)	1	1	0
	8 (Impulso EpS en centros educativos)	3	5	1
	9 (Educación Infantil)	2	1	0
	10 (Participación padres y madres)	5	0	0
	11 (Dedicación de tiempo)	2	0	0
4	12 (Coordinación y comunicación)	2	2	0
	13 (Impulso EpS ámbito Comunitario)	9	1	0
	14 (Rigor)	0	2	0
	15 (Impulso EpS Laboral)	6	1	0
	16 (Impulso EpS grupos vulnerables)	2	0	0
	17 (Impulso igualdad)	7	0	1
5	18 (Formación)	9	6	1
	19 (Investigación general en EpS)	3	3	4
	20 (Investigación material)	3	1	0
	TOTAL	**71 (55,91 %)**	**40 (31,50 %)**	**16 (12,59 %)**
		111 (87,41 %)		

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Servicio de Participación Comunitaria en Salud.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

- El Plan presenta un nivel de cumplimiento global, considerando las líneas parcialmente conseguidas, de un 87,41 %.

- Las Áreas de intervención donde más líneas de actuación se han llevado a cabo y donde más objetivos se han cumplido han sido, la de elementos de apoyo y transversales, la referida al ámbito educativo y la del ámbito sociocomunitario y laboral.

Campaña de EpS frente a la Obesidad Infantil y Juvenil en Extremadura

La Campaña de Educación para la Salud frente a la Obesidad Infantil y Juvenil Se ejecuta anualmente e ininterrumpidamente desde 2005, siendo la VIII edición la celebrada en 2012 donde se ha promocionado especialmente la participación de los padres y de las madres.

Básicamente consiste en que, tras la invitación a participar a los centros educativos, y hacer la selección oportuna de los mismos, se lleva a cabo una breve actividad formativa sobre ejercicio físico y alimentación saludable en relación con la obesidad, dirigida al profesorado que va a coordinar las actuaciones en los centros educativos. Posteriormente el profesorado transmite los conocimientos a sus alumnos/as e invitan a participar a padres, madres, abuelos/as, comercios, profesionales de los centros de salud, ayuntamientos, dinamizadores de salud deportivos, etc. Después, el colectivo de estudiantes lleva a cabo una compra saludable, real o ficticia, y exponen al resto de compañeros/as, el porqué han adquirido determinados alimentos. En días siguientes diseñan un trayecto seguro para recorrerlo andando, en bicicleta o corriendo, en su localidad.

Por la metodología utilizada, entre otras características, se ha obtenido el "Premio Estrategia NAOS a la promoción de una alimentación saludable en el ámbito escolar".

Desde su puesta en marcha en 2005, hasta 2012, se ha actuado sobre un total de 45.829 niños/as y jóvenes de toda Extremadura (4.542 estudiantes participantes en 2012), de centros educativos de Educación Primaria, Secundaria y Especial.

Protocolo de Atención al Niño/a y Adolescente con Diabetes en la Escuela.
La diabetes *mellitus* debe ser controlada lo más estrictamente posible para lograr que el niño/a pueda desarrollarse de forma completa intelectual y físicamente; gozando, tanto él/ella como su familia, de una buena calidad de vida.

Bajo este principio se elaboró un "Protocolo de atención al estudiante con diabetes en Extremadura", en el que participaron numerosos profesionales, tanto del ámbito educativo como del sanitario, asociaciones de padres y madres y asociaciones de afectados/as y familiares, que entró en vigor en septiembre de 2011 y que, ha estado funcionando de forma plena durante todo el año académico 2011/2012. Durante el curso 2012-2013 (segundo año en ejecución), su implementación induce a una mayor relación y coordinación entre centros educativos y sanitarios, surgiendo numerosas actividades de EpS que dan respuesta a las necesidades de la Comunidad Educativa.

Su objetivo general es establecer y promover medidas de atención específica a la población infantil y adolescente que padece diabetes *mellitus,* dentro del ámbito educativo, y de apoyo a toda la comunidad educativa para favorecer su adaptación física, social y emocional a la enfermedad, así como velar por el control, la seguridad y la igualdad de oportunidades de la población infantil y adolescente que padece diabetes *mellitus*, en el ámbito educativo.

Durante el curso académico 2011-2012 se aplicó, en toda su extensión, a 171 estudiantes de 101 centros educativos. La distribución de estudiantes que padecen diabetes *mellitus*, durante dicho curso, por áreas de salud es la siguiente: Badajoz, 43 estudiantes; Cáceres, 24 estudiantes; Mérida, 26 estudiantes; Plasencia, 15 estudiantes; Don Benito-Villanueva, 46 estudiantes; Llerena-Zafra, 10 estudiantes; Coria, 6 estudiantes; Navalmoral de la Mata, 1 estudiante.

La distribución por tipo de centro educativo se refleja en la Tabla 10.8:

Tabla 10.8 **Número de estudiantes y de centros con "protocolo de atención al estudiante con diabetes", según el tipo de centro educativo. Extremadura. Curso 2011-2012**

TIPO DE CENTRO	Nº de centros	Nº estudiantes	Promedio*
E. Secundaria, públicos	35	81	2,31
E. Infantil y Primaria, públicos	57	77	1,35
Centros Educación Especial	2	2	1,00
Centros concertados y privados no universitarios	7	11	1,57
TOTAL	**101**	**171**	**1,69**

**Promedio de estudiantes por centro*
Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Servicio de Participación Comunitaria en Salud.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

A fecha 31.12.2012 el Protocolo se aplica sobre 185 estudiantes de 108 centros educativos extremeños.

Consejo Asesor de EpS de Extremadura
El Consejo Asesor de EpS de Extremadura, creado en 2010, es un factor clave como órgano facilitador, favorecedor de la coordinación intersectorial, y como elemento enriquecedor y de asesoramiento en EpS.

El Plan Marco de Educación para la Salud 2007-2012 estableció la necesidad de que existiera un Consejo Asesor de Educación para la Salud que apoyara técnicamente a la Administración Sanitaria y Educativa y que además constituyera un punto de encuentro.

El Consejo, que se reúne de manera periódica, es un órgano de carácter consultivo cuya función es prestar el asesoramiento técnico y la información que le sean solicitados, por las Consejerías con competencias en sanidad y educación, sobre educación para la salud, y en sus reuniones se tratan, entre otros, temas sobre la valoración global de la situación de la EpS en Extremadura, y la importancia de que se trate de un trabajo multidisciplinar, multisectorial, participativo, vivenciado y coordinado.

Subvenciones para proyectos de promoción y EpS
Como forma de posibilitar o facilitar la realización de proyectos de promoción y EpS, se convocan mediante orden, ayudas económicas a proyectos de EpS.

Pueden distinguirse tres modalidades de ayudas: A (proyectos de EpS llevados a cabo por asociaciones individualmente), B (proyectos de EpS llevados a cabo en red) y C (proyectos de EpS llevados a cabo por profesionales).

Los temas más abordados por los proyectos subvencionados han sido: estilos de vida y salud; salud infantil y salud escolar; prevención de la obesidad, alimentación saludable y promoción del ejercicio físico; promoción de la salud en grupos especialmente vulnerables (personas sin hogar, mujeres, personas mayores, etc.); promoción de la salud ante problemas específicos (enfermedades cardiovasculares, sida, infección por Virus del Papiloma Humano (VPH), fibromialgia, etc.); drogodependencias y consumo de tabaco; salud sexual y reproductiva; perspectiva de género; lactancia materna; primeros auxilios; uso adecuado del medicamento y del sistema sanitario, etc. Estas acciones refuerzan, complementan y/o cohesionan diversas estrategias del SSPE. Con todo ello, se fomenta el papel protagonista que las entidades sin ánimo de lucro tienen en las acciones relacionadas con la salud de toda la población extremeña.

Actividades formativas
Es necesario implementar actividades formativas para el colectivo de profesionales sanitarios, para los miembros de la comunidad educativa (profesorado, padres y madres, alumnado, personal no docente) y para la comunidad en general, así como para otros agentes de salud comunitarios. Para ello se desarrollan cursos y otras actividades formativas, sobre educación para la salud, a través de: la Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social; la Escuela de Administración Pública de Extremadura; el apoyo a iniciativas de la comunidad (AMPAs, Asociaciones, ONGs, etc.); los Centros de Profesores y Recursos; y el Centro Extremeño de Formación Deportiva.

Diseño y difusión de materiales

Los materiales de EpS son esenciales para facilitar la realización de actividades de EpS. Se obtienen a través de donaciones, adquisición o elaboración propia. Inicialmente, con una parte del material, se hace una distribución sistemática, según el tema que traten, a centros educativos, sanitarios y otras entidades y profesionales. El material restante queda en depósito y es servido a aquellos/as profesionales que los soliciten. En este sentido, se ha dotado de materiales de EpS a los ámbitos educativo, sanitario y comunitario. En la dirección web www.saludextremadura.com están disponibles algunos documentos y materiales de EpS.

En la actualidad existen disponibles un total de 124 materiales diferentes en distintos soportes (electrónico, libros, presentaciones, DVDs, CD-ROM, etc.). Todos los materiales han sido valorados desde el punto de vista de la perspectiva de género. Se ha elaborado, publicado y difundido un Catálogo de Materiales de EpS.

En el periodo de vigencia del Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura 2007-2012, se han realizado casi 190.000 envíos (sistemáticos o a petición de agentes de salud concretos).

Red Extremeña de Escuelas Promotoras de Salud

El impulso de la Red Extremeña de Escuelas Promotoras de Salud de la Consejería de Educación y Cultura es fundamental, porque a través de las escuelas se llega a toda la población infantil y juvenil (edades claves). El objetivo fundamental de la Red es formar futuras generaciones que dispongan de los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para promover y cuidar su salud, la de su familia y la de la comunidad, así como crear y mantener ambientes de estudio, trabajo y convivencia saludables. Aunque los temas sobre salud se abordan en todos los centros educativos, los centros que pertenecen a la Red lo hacen más profundamente, con un proyecto concreto elaborado en función de los resultados de un análisis de sus necesidades.

Los temas que más se han abordado en estos centros son la promoción de la alimentación saludable, del ejercicio físico, la prevención de drogodependencias y la educación afectivo-sexual. Actualmente la Red está constituida por 18 centros educativos de enseñanza Primaria y Secundaria.

Docencia Universitaria en EpS

Se ha impulsado la EpS en el ámbito universitario. El número de créditos específicos de EpS incluidos en los planes de estudio de grado de las distintas titulaciones universitarias de la UEX, se refleja en la Tabla 10.9:

Tabla 10.9 **Número de créditos y tipo de abordaje de la EpS en las titulaciones universitarias de la UEX**

Titulación que contiene la materia de EpS	Carácter y forma de abordar la EpS	Nº de créditos de EpS contenidos
Grado en Educación Infantil	Básico	6
Grado en Enfermería	Obligatorio	6
Grado en Educación Social	Optativa	6
Grado en Medicina	Transversal	-
Grado en Podología	Transversal	-
Grado en Terapia Ocupacional	Transversal	-
Grado en Fisioterapia	Transversal	-

Fuente: Dirección General de Salud Pública del SES. Servicio de Participación Comunitaria en Salud.
Elaboración: Dirección General de Salud Pública del SES.

10.5.- CONTROL DE LA INFECCIÓN POR VIH-SIDA

10.5.1.- Plan de Acción sobre el VIH/Sida en Extremadura 2012-2015

A comienzos del siglo XXI la infección por el VIH y el Sida continúan siendo un problema de salud pública mundial de primer orden, debido a que las personas se siguen infectando en un ritmo creciente y, además, todavía no se ha encontrado un tratamiento curativo que evite la enfermedad ni una vacuna efectiva que prevenga la infección.

En España se ha producido un descenso gradual del número de casos de Sida gracias a las medidas de prevención y a los tratamientos antirretrovirales, patrón que ha seguido Extremadura al igual que el resto de CCAA. Sin embargo el nuestro sigue siendo uno de los países con mayor incidencia de Sida en Europa Occidental y, además, nuestras tasas de nuevas infecciones son superiores a la media de la UE.

Para el control de la infección por el VIH y el Sida se hace necesaria la participación de toda la sociedad porque es un problema de todos. Por ello, el *"Plan de Acción sobre el VIH/Sida en Extremadura 2012-2015"* nace fruto del interés y el esfuerzo común de la sociedad civil y de las administraciones. Su principal misión es la elaboración de una respuesta conjunta y global, que ponga en marcha estrategias de atención integral y de apoyo dirigidas a la población en general y, de manera específica, a las personas con VIH/Sida, creando y fomentando una serie de recursos preventivos, sanitarios, sociales y de cooperación al objeto de paliar las consecuencias negativas de esta pandemia en Extremadura, asegurando la sostenibilidad de las acciones emprendidas y dando respuesta a las nuevas necesidades derivadas de la evolución y continuo cambio de la infección.

Para ello este Plan se estructura en 3 áreas estratégicas con un objetivo general en cada una de ellas, 9 objetivos específicos, 31 líneas de actuación, 35 resultados esperados y 45 indicadores de evaluación.

En base a lo establecido en las áreas estratégicas del plan los recursos socio-sanitarios existentes en Extremadura para garantizar una atención integral de las personas con infección por VIH y el Sida son los siguientes:

Área de promoción de la salud y prevención y control de la infección por VIH

Programas Preventivos: Dirigidos tanto a población general como a poblaciones especialmente vulnerables a la infección por el VIH. Se llevan a cabo por distintas administraciones y por asociaciones de forma independiente o en colaboración con la administración sanitaria a través de programas subvencionados: Prevención en usuarios/as de drogas por vía inyectada; Prevención en jóvenes en el contexto de la salud; Prevención de la transmisión sexual del VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH); Promoción del uso del preservativo masculino y femenino; Prevención en personas que ejercen la prostitución; Prevención en personas privadas de libertad; Prevención de la transmisión y reinfección del VIH.; Prevención y control de la transmisión del VIH en población inmigrante.

Formación e información (de la población y de los colectivos de profesionales implicados): Formación en prevención del VIH a profesionales sociales y sanitarios; Formación de agentes de salud y voluntariado; Formación de profesionales en el ámbito educativo; Elaboración de materiales con contenidos en materia de prevención; Campañas informativas y preventivas.

Área de atención sociosanitaria integral

Programa de atención socio sanitaria (realizado por distintas asociaciones y administraciones). Entre cuyos recursos se encuentran: Ayuda a domicilio; Ayuda hospitalaria; Grupos de apoyo positivo; Inclusión Social; Incorporación laboral; Centros penitenciarios; Cuidados paliativos; Cuidados continuados; Atención a Drogodependencias.

Prestaciones sanitarias. Desde el SES se garantizan las siguientes prestaciones a las personas infectadas por el VIH: Antirretrovirales; Tratamiento de la lipodistrofia; Reproducción Asistida; Tratamiento de la coinfección por VIH-VHC*;* Tratamiento de las enfermedades relacionadas con el VIH y de las situaciones clínicas diagnósticas de Sida.

Recursos Sociales: Piso tutelado (Recurso residencial específico para personas con VIH); Centros para personas sin hogar (no es un recurso específico).

Pruebas VIH: Pruebas estándar (se realizan tanto en la red sanitaria pública como en laboratorios privados); Programa para la detección precoz del VIH y la Sífilis “Sal de dudas” (realización de la prueba rápida fuera del sistema sanitario público).

Área de coordinación y cooperación entre diferentes estructuras sociales y sanitarias

Coordinación entre los niveles de atención del sistema sanitario público: Potenciación de las estructuras de coordinación; Implementación de protocolos de actuación para la atención integral de las personas con VIH-Sida

Comunicación, colaboración técnica y sostenibilidad de los recursos de apoyo social a las personas con VIH: Coordinación y cooperación entre administraciones y ONGs; Impulso de políticas sociales que garanticen dichos recursos.

Vigilancia epidemiológica: mantenimiento y refuerzo de los sistemas de vigilancia ya implantados, mejorando la exhaustividad y especificidad del sistema: Sistema de Información de Nuevas Infecciones por VIH (SINIVIH); Registro de casos de Sida.

11.- ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

El Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD) es un Ente Público creado en el año 2008, y que se encuentra integrado en la Consejería de Salud y Política Social.

El SEPAD nace por la necesidad de aglutinar bajo un mismo organismo, todas las actuaciones que en materia de política social se venían desarrollando, dirigidas a colectivos especialmente vulnerables que necesitan de una red especializada de atención para dar respuesta a sus necesidades de apoyo. Además, es una herramienta para la mejora de la gestión y garantía de una correcta prestación de los servicios que gestiona.

Con su creación, el Gobierno de Extremadura culminó la integración en la CSyPS, de los organismos responsables de gestionar tanto la atención sanitaria a través del SES, como la atención a las situaciones de dependencia, a través del SEPAD, ofreciendo un sistema integral de cuidados continuados, orientado a las personas y organizado sobre la gestión de dos Servicios complementarios y organizados.

Entre sus funciones se encuentran la de ejercer las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas, conforme a los objetivos y principios de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia; y el desarrollo y coordinación de las Políticas Sociales de atención a personas mayores, con discapacidad, con deterioro cognitivo y con trastornos mentales graves.

11.1.- INDICADORES

11.1.1.- Población de mayores

En la evolución de la población mayor de 64 años en Extremadura, se observa un descenso continuado en el número de personas de entre 65 y 79 años, junto a un aumento significativo de población con 80 años y más. En los últimos doce años, la población mayor de 79 años se ha incrementado en casi un 50%, pasando de 45.078 personas de ambos sexos en el año 2000, a las 67.612 personas en el año 2012. Tabla 11.1.

Tabla 11.1 **Evolución de la población de mayores de 64 años en Extremadura. 2000-2012**

Año	>64 años			65-79 años			80 años y más		
	a. sexos	hombres	mujeres	a. sexos	hombres	mujeres	a. sexos	hombres	Mujeres
2000	201.100	85.991	115.111	156.022	70.911	85.112	45.078	15.080	29.999
2005	206.807	88.611	118.276	153.801	69.705	84.096	53.086	18.906	34.180
2010	211.939	90.631	121.308	148.590	67.386	81.204	63.349	23.245	40.104
2011	212.820	91.145	121.675	147.803	67.253	80.550	65.017	23.892	41.125
2012	213.215	91.435	121.780	145.603	66.466	79.137	67.612	24.969	42.643
Δ2000-2012	**+6,02%**	**+6,33%**	**+5,79%**	**-6,67%**	**-6,26%**	**-7,02%**	**+49,98%**	**+65,57%**	**+42,14%**

Fuente: INE. Estadística del Padrón Continuo.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La proyección de población a corto plazo, mayor de 64 años en Extremadura, realizada por el INE, indica para el año 2020 un total de 215.258 personas residentes; de ellas, 142.505 tendrán de 65 a 79 años, y 72.753 tendrán más de 80 años. Tabla 11.2.

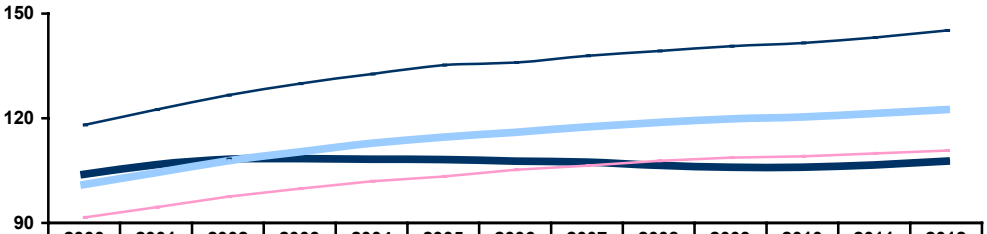
Tabla 11.2 Proyección de población mayor de 64 años residente a corto plazo. Extremadura. 2012-2020

Año	>64 años			65-79 años			80 años y más		
	a. sexos	hombres	mujeres	a. sexos	hombres	mujeres	a. sexos	hombres	mujeres
2012	205.400	88.151	117.247	139.525	63.458	76.068	65.660	24.693	41.179
2013	206.153	88.585	117.564	138.281	63.135	75.146	67.872	25.450	42.418
2014	206.739	88.952	117.789	136.936	62.767	74.169	69.803	26.185	43.620
2015	207.603	89.483	118.121	135.983	62.618	73.368	71.620	26.865	44.753
2016	208.728	90.198	118.527	135.807	62.885	72.920	72.921	27.313	45.607
2017	209.925	91.005	118.919	136.351	63.508	72.842	73.574	27.497	46.077
2018	211.294	91.942	119.352	137.680	64.505	73.173	73.614	27.437	46.179
2019	213.107	93.141	119.962	139.611	65.819	73.789	73.496	27.322	46.173
2020	215.258	94.499	120.756	142.505	67.532	74.973	72.753	26.967	45.783

Fuente: INE. Proyecciones de población a corto plazo. 2012-2022.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

El índice de envejecimiento ha sido superior en Extremadura, con respecto al total nacional a partir del año 2003, debido principalmente a los valores de la provincia de Cáceres, los cuales se han mantenido siempre muy por encima de los de la provincia de Badajoz. Figura 11.1.

Figura 11.1 Evolución del índice de envejecimiento* en España, y en Extremadura y sus provincias (en porcentaje). 2000-2012



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
España	103,9	106,7	108,3	108,4	108,3	108,2	107,7	107,4	106,5	106	106	106,6	107,7
Extrem.	101	104,4	107,8	110,4	112,8	114,6	116	117,5	118,8	119,8	120,4	121,4	122,5
Badajoz	91,6	94,5	97,5	99,8	101,9	103,3	105,2	106,4	107,8	108,7	109,1	109,9	110,7
Cáceres	118,1	122,5	126,6	129,9	132,7	135,2	136	137,9	139,3	140,6	141,6	143,1	145,1

*población residente mayor de 64 años sobre la población residente menor de 16 años a 1 de enero de cada año
Fuente: INE. Indicadores Demográficos Básicos.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

El índice de envejecimiento, calculado en base a la proyección de la población de Extremadura, pasaría de 116,33 en 2012, a 128,51 en 2021. Tabla 11.3

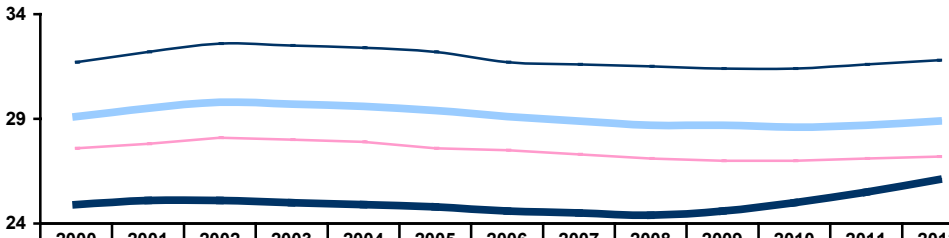
Tabla 11.3 Proyección de la población. Evolución del índice de envejecimiento en Extremadura y sus provincias. Años 2012 y 2021

Agrupaciones	2012	2021
Provincia de Badajoz	104,99	114,84
Provincia de Cáceres	137,96	156,55
Extremadura	**116,33**	**128,51**

Fuente: Instituto de Estadística de Extremadura. Proyecciones de población para Extremadura 2012-2022.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

La tasa de dependencia de la población mayor de 64 años se ha mantenido estable en Extremadura durante el período de estudio, teniendo la provincia de Cáceres valores siempre por encima de la media regional. En el total nacional se observa en los últimos años un significativo incremento, aunque con valores siempre inferiores a Extremadura y a sus provincias. Figura 11.2.

Figura 11.2 **Evolución de la tasa de dependencia de la población mayor de 64 años* en España, y en Extremadura y sus provincias (en porcentaje). 2000-2012**



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
España	24,9	25,1	25,1	25	24,9	24,8	24,6	24,5	24,4	24,6	25	25,5	26,1
Extrem.	29,1	29,5	29,8	29,7	29,6	29,4	29,1	28,9	28,7	28,7	28,6	28,7	28,9
Badajoz	27,6	27,8	28,1	28	27,9	27,6	27,5	27,3	27,1	27	27	27,1	27,2
Cáceres	31,7	32,2	32,6	32,5	32,4	32,2	31,7	31,6	31,5	31,4	31,4	31,6	31,8

*cociente entre población residente a 1 de enero menor de 64 años, entre la población de 16 a 64 años
Fuente: INE. Indicadores Demográficos Básicos.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

En la proyección de la población de Extremadura, y en base a la evolución prevista de la estructura de edades, la tasa de dependencia de la población menor de 16 años y mayor de 64 años entre la población de 16 a 64 años, continuará con su tendencia ascendente, pasando de 50,33% en 2012 a 52,22% en 2021. Tabla 11.4.

Tabla 11.4 **Proyección de la población. Evolución de la tasa de dependencia en Extremadura y sus provincias. Años 2012 y 2021**

Agrupaciones	2012	2021
Provincia de Badajoz	49,67	51,77
Provincia de Cáceres	51,44	53,03
Extremadura	**50,33**	**52,22**

Fuente: Instituto de Estadística de Extremadura. Proyecciones de población para Extremadura 2012-2022.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

11.1.2.- Personas con discapacidad

En el año 2011 se encontraban en Extremadura un total de 72.665 personas con grado de discapacidad reconocido mayor o igual al 33%. Tabla 11.5.

Tabla 11.5 **Evolución del número de personas con grado de discapacidad reconocido ≥33%. Extremadura. 2009-2011**

GGTT	2009			2010			2011		
	a. sexos	varones	mujeres	a. sexos	varones	mujeres	a. sexos	varones	mujeres
Badajoz	47.288	19.140	28.148	46.538	18.895	27.643	47.419	19.323	28.096
Cáceres	25.613	10.887	14.726	25.215	10.742	14.473	25.246	10.853	14.393
Total	**72.901**	**30.027**	**42.874**	**71.753**	**29.637**	**42.116**	**72.665**	**30.176**	**42.489**

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de datos estatal de personas con discapacidad.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

El principal tipo de primera deficiencia encontrada en personas con discapacidad es la enfermedad crónica, seguida de la deficiencia en el sistema osteoarticular, si bien en la discapacidad de una misma persona, pueden concurrir más de una deficiencia. Tabla 11.6.

Tabla 11.6 **Evolución del número de personas valoradas con discapacidad, y tipo de primera deficiencia que concurre. Extremadura. 2009-2011**

Tipo de deficiencia	2009	2010	2011
Enfermedad Crónica	32.360	31.975	32.879
Osteoarticular	29.799	29.422	30.473
Mental	10.510	10.373	10.530
Visual	9.625	9.512	9.752
Neuromuscular	8.177	8.088	8.233
Intelectual	4.944	4.879	4.791
Auditiva	3.616	3.566	3.618
Expresiva	820	817	835
Mixta	977	960	942
Otras	1.171	1.154	1.150
Total personas valoradas	**101.999**	**100.746**	**103.203**

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de datos estatal de personas con discapacidad.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

11.1.3.- Dependencia reconocida

A fecha 31 de diciembre de 2012, en Extremadura se habían registrado 47.482 solicitudes al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, lo que representa el 4,28% del total de la población de la Comunidad Autónoma. Del total de solicitudes registradas, se habían emitido 44.972 dictámenes, con 12.256 valoraciones de Grado III de dependencia, y 11.448 de Grado II. Tabla 11.7.

Tabla 11.7 **Evolución de la situación de los grados de dependencia en Extremadura a 31 de diciembre. Personas con grado de dependencia reconocido (dictámenes). 2008-2012**

Año	solicitudes	dictámenes	Grado III	Grado II	Grado I	Sin Grado
2008	23.808	13.609	7.982	2.773	1.803	1.051
2009	30.982	22.354	12.252	5.850	3.072	1.180
2010	41.877	35.628	14.815	9.078	7.644	4.091
2011	44.596	39.727	12.720	10.645	10.112	6.250
2012	47.482	44.972	12.256	11.448	11.790	9.478

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. SAAD.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

11.2.- ATENCIÓN A MAYORES, DEPENDENCIA, Y DISCAPACIDAD

11.2.1.- Recursos propios

El SEPAD se estructura en dos Gerencias Territoriales (Badajoz y Cáceres), y una única Dirección Gerencia como órgano superior. Dispone de un total de 82 Centros repartidos por toda la geografía extremeña para la atención a personas mayores, personas con demencia, personas con discapacidad, y personas con enfermedad mental grave. Tabla 11.8.

Tabla 11.8 Número de centros residenciales y de atención a personas. SEPAD. 2012

Centros SEPAD	Gerencia Territorial Badajoz			Gerencia Territorial Cáceres	
	Badajoz-Oeste	Badajoz-Este	Badajoz-Centro	Cáceres-Sur	Cáceres-Norte
Centros Residenciales y Centros de Mayores	10	11	19	10	13
Centros de Atención a Personas con demencia	1	1	2	2	4
Centros de Atención a Personas con discapacidad	1	1	0	2	3
Centros de Atención a Personas con enfermedad mental grave	0	0	1	0	1

Fuente: Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

11.2.2.- Centros acreditados

Los Centros y Servicios de atención social en funcionamiento, y que prestan servicios a personas mayores o con discapacidad en Extremadura, se encuentran autorizados y registrados por la CSyPS, a través del "Registro de Centros y Servicios de Atención para Personas Mayores", y el "Registro de Centros y Servicios de Atención para personas con Discapacidad". A finales del año 2012, se encontraban acreditados un total de 127 centros para la atención de personas mayores dependientes en Extremadura, y 170 servicios de atención especializada a la discapacidad. Tabla 11.9.

Tabla 11.9 Número de centros acreditados para la atención a personas mayores dependientes y de servicios de atención especializada a la discapacidad. Extremadura. 2012

Centros y servicios acreditados	Gerencia Territorial Badajoz	Gerencia Territorial Cáceres
Personas mayores dependientes		
Residencias	31	38
Centros de Día y Unidades Residenciales de Día	30	28
Personas con discapacidad		
Servicio de atención temprana	29	11
Servicio de habilitación funcional	31	10
Centros ocupacionales	25	11
Centros de día	17	9
Residencias de apoyo extenso	8	3
Residencias de apoyo limitado	5	4
Viviendas tuteladas	3	4

Fuente: Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

12.- GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

12.1.- FORMACIÓN

La formación en todas sus etapas (Grado, Postgrado, Especializada y Continuada) es uno de los pilares básicos para lograr que los profesionales sanitarios puedan responder a las necesidades actuales y futuras en el campo de la salud, la gestión y los servicios sanitarios.

12.1.1.- Formación universitaria

Durante el año académico 2011/2012 se han ofertado un total de 765 plazas de nuevo ingreso de titulaciones universitarias en Ciencias de la Salud en la Universidad de Extremadura, 140 de ellas pertenecientes a medicina, y 330 a enfermería. Tabla 12.1.

Tabla 12.1 **Oferta de plazas de titulaciones universitarias en Ciencias de la Salud. Extremadura. Año Académico 2011/2012**

TITULACIÓN	Nº de plazas
Medicina	140
Veterinaria	100
Enfermería	330
Fisioterapia	65
Podología	65
Terapia Ocupacional	65

Fuente: Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

12.1.2.- Formación especializada

En el año académico 2011-2012 se acreditaron en Extremadura un total de 186 plazas de formación especializada en Ciencias de la Salud. Tabla 12.2.

Tabla 12.2 **Formación especializada en Ciencias de la Salud. Extremadura. Año académico 2011/2012**

ESPECIALIDAD	Plazas	ESPECIALIDAD	Plazas
Alergología	2	Medicina Física y Rehabilitación	1
Análisis Clínicos	3	Medicina Intensiva	4
Anatomía Patológica	1	Medicina Interna	8
Anestesiología y Reanimación	6	Medicina Prevent. Salud P.	1
Aparato Digestivo	2	Microbiología y Parasitología	1
Cardiología	3	Nefrología	3
Cirugía General y del Aparato Digestivo	5	Neumología	3
Cirugía Oral y Maxilofacial	1	Neurocirugía	1
Cirugía Ortopédica y Traumatológica	5	Neurofisiología Clínica	1
Cirugía Plástica Estética y Reparadora	1	Neurología	2
Cirugía Pediátrica	0	Obstetricia y Ginecología	4
Cirugía Torácica	1	Oftalmología	3
Enfermería Gineco-Obstétrica	8	Oncología Médica	2
Enfermería Salud Mental	2	Oncología Radioterápica	1
Enfermería Familiar y Comunitaria	13	Otorrinolaringología	3
Endocrinología y Nutrición	1	Pediatría y Áreas Específicas	7
Farmacia Hospitalaria	1	Psicología Clínica	2
Geriatría	2	Psiquiatría	2
Hematología y Hemoterapia	2	Radiodiagnóstico	4
Inmunología	2	Reumatología	1
Medicina Familiar y Comunitaria	69	Urología	2

Fuente: Boletín Oficial del Estado.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

12.1.3.- Formación continuada

La formación continuada es el conjunto de actividades formativas destinadas a mantener o mejorar la competencia profesional (conocimientos, habilidades y aptitudes), una vez obtenida la titulación básica o la especialidad correspondiente. Al no constituir una retitulación no puede considerarse obligatoria, sino de carácter voluntario. No está configurada como una formación reglada, lo que posibilita que cualquier agente público o privado pueda establecer este sistema de formación.

Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social

La Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social (ECSyAS), en coordinación con los responsables de las distintas Instituciones Sanitarias y Sociales de la Administración Autonómica, y la colaboración de los Colegios Oficiales Profesionales, Sociedades Científicas y Asociaciones, relacionadas con el ámbito de la salud, y en un intento de dar respuesta a las necesidades formativas profesionales, institucionales y sociales, elabora anualmente un Plan de Formación en Ciencias de la Salud y de la Atención Social en Extremadura, donde se recogen las áreas de competencias que engloban las actividades docentes dirigidas a los profesionales sanitarios, consideradas prioritarias para responder a esas necesidades o inquietudes planteadas.

En el año 2013 se han programado un total de 126 actividades docentes y formativas (cursos, talleres y seminarios) relacionadas con distintas áreas de intervención, relacionadas con las Ciencias de la Salud. Tabla 12.3.

Tabla 12.3 **Número de actividades formativas en Ciencias de la Salud de la ECSyAS. 2013**

Área	nº	Área	nº
Área de práctica clínica	41	Área psicosocial y familia	4
Área de calidad y gestión sanitaria	12	A. sociosanitaria y de promoción de la a. p.	3
Área de salud pública	15	Área comunitaria	2
Área de metodología de la investigación	4	Área de urgencias y emergencias	14
Área de comunicación	3	Áreas de soporte	25
Área de conductas adictivas	3	**TOTAL**	**126**

Fuente: Diario Oficial de Extremadura.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

Este Plan se complementa con las convocatorias anuales de los Planes de Formación Continuada de las áreas de Salud del SES, dirigidas específicamente a los profesionales del SES.

Otras actividades formativas realizadas por la Escuela son las de Reanimación Cardiopulmonar Básica y Desfibrilación Semiautomática, para la implantación de los desfibriladores semiautomáticos en edificios públicos dependientes del Gobierno de Extremadura. En el año 2012, la Escuela ha sido incluida como miembro del Consejo Español de Reanimación Cardiopulmonar, entre cuyos objetivos se encuentran el potenciar la enseñanza del soporte vital y resucitación cardiopulmonar.

Universidad de Extremadura

La Universidad de Extremadura también participa activamente en la Formación Continuada de los Profesionales Sanitarios, tanto en Pregrado como Postgrado, mediante cursos de perfeccionamiento, así como Expertos Universitarios, Máster Oficiales, y Títulos Propios.

FundeSalud

Entre los fines formativos de la Fundación para la Formación e Investigación de los profesionales de la salud de Extremadura (FundeSalud), se encuentran, el desarrollo de actividades docentes para los profesionales de la salud en cooperación con la Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social, y con cualquier otro Organismo o Entidad cuyos objetivos sean afines a esta materia, así como el fomento de las estrategias de calidad en los servicios de salud, a través del desarrollo de proyectos, programas, y cualquier tipo de intervención encaminada a mejorar la capacitación de los profesionales de la salud.

Para la consecución de estos fines formativos FundeSalud gestiona proyectos de formación y capacitación dirigidos a la satisfacción de los profesionales de la salud, promocionando igualmente aquellas acciones que contribuyan a la transferencia de conocimientos y resultados en el ámbito de la salud. Destacar, entre otras, acciones formativas en el campo de Cuidados Paliativos, Salud Mental, Diabetes, Farmacoeconomía, Farmacoterapia, Polimedicación, Cardiología, Genética Humana y el desarrollo de habilidades directivas de los profesionales de la salud. Durante el período 2006-2012, FundeSalud ha gestionado un total de 151 acciones formativas. Tabla 12.4.

Tabla 12.4 **Evolución del número de actividades formativas gestionadas por FundeSalud. 2006-2012**

FundeSalud	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Número de acciones formativas	8	27	18	43	28	19	8

Fuente: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS. FundeSalud.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

12.1.4.- Estancias formativas

Desde el año 2005 se establecen ayudas económicas para la financiación de actividades formativas de profesionales sanitarios. Estas actividades están destinadas a la adquisición de una adecuada cualificación y competencia que redunde en una mejora de la asistencia sanitaria y de las líneas de investigación.

Con la publicación del Decreto 305/2011, de 23 de diciembre, se establecen las bases reguladoras de las subvenciones a otorgar por la CSyPS, en materia de planificación, formación y calidad, y en concreto en su Capítulo III se establecen las ayudas a actividades formativas de profesionales del SSPE, por la que se sufragan los gastos de manutención o alojamiento por estancias formativas, dando respuesta a la necesidad de adaptación de todas las bases reguladoras de concesión de las subvenciones establecidas por la Ley 6/2011, de 23 de marzo.

12.1.5.- Acreditación de la formación continuada de las profesiones sanitarias

Consciente de la importancia que la Formación Continuada tiene en el ámbito de las Ciencias de la salud, se estableció un sistema de Acreditación de Actividades de Formación Continuada, que tiene como objetivo mejorar la calidad de formación ofertada.

La Comisión de Formación Continuada de Extremadura se crea mediante Resolución de 22 de diciembre publicada en el BOE nº 38 de 13 de febrero de 1998. Posteriormente por Orden de 28 de enero de 1999, se crea la Comisión de Formación Continuada de Extremadura, actualizándose con la Orden de 22 de enero de 2008, que establece a la misma como órgano acreditador.

Entre sus funciones se encuentran: la detección, análisis, estudio y valoración de las necesidades formativas de los profesionales; el establecimiento de programas o desarrollo de actividades y actuaciones en formación continuada; la adopción de las medidas que se estimen precisas para planificar, armonizar y coordinar la actuación de los agentes que actúan en el ámbito de la formación continuada; la acreditación de las actividades y programas de actuación en materia de formación continuada; y la acreditación de profesionales en un área funcional específica de una profesión o especialidad; designación de los evaluadores de formación continuada.

Entre las acciones que se han desarrollado desde la Secretaría Técnica de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Extremadura, se encuentran:

- el asesoramiento sobre el sistema acreditador de las profesiones sanitarias, en materia de formación continuada a las administraciones sanitarias, instituciones y organismos, con competencias en dicho tipo de formación.
- La gestión sobre la recepción, registro, y valoración formal de las solicitudes de acreditación, así como la asignación de los evaluadores, la tramitación de la propuesta de acreditación, el mantenimiento de los sistemas de información, y el registro del proceso de acreditación.
- La relación con los órganos competentes de otras CCAA, y la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del SNS, a efectos del sistema de Acreditación
- El mantenimiento del Plan de Auditoría de la CSyPS, con el que se verifica la adecuación del desarrollo de la acción formativa a los elementos de calidad encontrados en la solicitud de acreditación, y la aplicación correcta de los créditos de formación continuada otorgados a la misma

Existen indicadores tanto para los sistemas de acreditación de actividades formativas (cuyo grado de implantación es del 100%), como para centros y unidades (se encuentran en desarrollo).

Durante el año 2012 se han acreditado un total de 343 actividades formativas, el 96% de las presentadas a la Comisión de Formación Continuada, siendo la actividad formativa tipo acreditada la de un curso de 20 horas o menos, con menos de 5 créditos, presencial, ofertada por un proveedor público (SES y Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social), impartida en Extremadura y no multidisciplinar, y predominando como destinatario el personal de medicina y de enfermería. Tabla 12.5.

Tabla 12.5 **Evolución del número de actividades acreditadas por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Extremadura. 2009-2012**

Actividades	2009	2010	2011	2012
Actividades acreditadas	287	200	337	343
Actividades presentadas a la CFC	302	202	355	357

Fuente: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS. ECSyAS.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

12.2.- INVESTIGACIÓN

La investigación en Ciencias de la Salud se basa en una estructura que permite una gestión adecuada de la investigación y la innovación en Extremadura, y entre las que se encuentran:

-FundeSalud, fundación que está al servicio de la comunidad científica en las Ciencias de la Salud, permitiendo que los profesionales accedan a proyectos de investigación de importancia internacional y a unos servicios de apoyo demandados.

Entre sus fines en investigación, desarrollo e innovación I+D+i, destacan el fomento de la I+D+i en el ámbito de la salud a través de la difusión de sus resultados y transferencia de conocimiento entre los agentes del entorno de la I+D+i en salud, y la contribución al apoyo y fortalecimiento de las estructuras de I+D+i a través del fomento de los recursos materiales y humanos, de las inversiones en infraestructuras y de la consolidación de la red de agentes actores nacionales.

FundeSalud gestiona proyectos de I+D+i dirigidos a la mejora de la salud de los ciudadanos y fortalecimiento de las instituciones, difundiendo y transfiriendo el conocimiento y resultados de la I+D+i en salud entre los agentes del sector. Asimismo, promociona la participación de los profesionales de la salud de Extremadura en programas y proyectos de I+D+i que redunden en la mejora de los sistemas de gestión clínica, en la calidad de los servicios de la salud y en las condiciones de vida de los ciudadanos. Cabe mencionar, entre otros, proyectos en los campos de Cardiología, Digestivo, Neumología, Oncología, Diagnosis, Microbiología, Reumatología, Traumatología, Urología, Endocrinología y Psiquiatría.

Durante el año 2012, desde FundeSalud se han gestionado un total de 59 proyectos de I+D+i, y 71 estudios de investigación clínica. Tabla 12.6.

Tabla 12.6 **Evolución del número de proyectos I+D+i y estudios de investigación clínica gestionados por FundeSalud. 2007-2012**

FundeSalud	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Número de proyectos de I+D+i	4	27	54	45	61	59
Número de estudios de investigación clínica	-	-	-	39	83	71

Fuente: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS. FundeSalud.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

-Las Unidades de Investigación de las Áreas de Salud del SES, que permiten un acercamiento de la investigación a los profesionales de las Ciencias de la Salud. El Centro de Investigación Clínica del Área de Salud de Badajoz- Llerena - Zafra (CICAB) como Unidad de investigación y Ensayos Clínicos, desarrolla una labor de investigación clínica con la difusión y transferencia de resultados de investigación obtenidos en la región en el ámbito de la Salud. Son numerosas las publicaciones, y actividades formativas organizadas, como el MUI en Gestión del Conocimiento Biomédico e Investigación Clínica.

-El IV Plan Regional de I+D+i 2010-2013, que da continuidad a la planificación de una política científica y tecnológica. En dicho Plan se incluyen los proyectos de I+D en el área de Ciencias de la Salud, orientados a la obtención de nuevos conocimientos y desarrollo de nuevas tecnologías, dentro del marco de un Programa de Generación del Conocimiento, y del Plan de Salud de Extremadura.

-La Universidad de Extremadura, que a través del Vicerrectorado de Investigación, Innovación e Infraestructura Científica, desarrolla un Plan de Iniciación a la Investigación, con acciones dirigidas a investigadores que desarrollen trabajos en distintos campos temáticos de investigación, entre los que se encuentran las Ciencias de la Salud.

- La realización de proyectos de investigación sociosanitaria, a través de la convocatoria anual de ayudas económicas de la CSyPS.

12.3.- DOCUMENTACIÓN CIENTÍFICA

La Unidad de Biblioteca y Documentación (UBD) de la ECSyAS y la Red de Bibliotecas del SSPE, se encargan de realizar préstamos de material y búsquedas bibliográficas, así como solicitudes de artículos científicos.

Saludteca (proyecto desarrollado por la ECSYASAS y las bibliotecas del SES), es la biblioteca del SSPE con acceso en línea a documentación científica relevante, y que proporciona a sus usuarios (profesionales sanitarios del SSPE), acceso a:

- una colección electrónica de recursos, compuesta por revistas, libros y bases de datos, especializados en ciencias de la salud, así como herramientas de ayuda a la toma de decisiones en el quehacer diario de los profesionales sanitarios;
- servicios de información de apoyo a la asistencia, docencia, formación continuada e investigación, siendo un punto de encuentro entre sus usuarios y personal bibliotecario, facilitando la solicitud de obtención de documentos, solicitud de búsquedas bibliográficas, y formación en línea.

Durante los últimos años, se ha consolidado el acceso en línea y en tiempo real a la documentación científica de los profesionales desde:

- el rediseño de la Nueva Biblioteca Virtual, y la implementación de la versión para dispositivos móviles: saludteca.gobex.es;
- la contratación de acceso a revistas y libros electrónicos a texto completo;
- el enlace “saludteca” con bases de datos con contenido sanitario (Pubmed y Google Scholar) a través de la herramienta LinkSolver;
- el registro de usuarios del SSPE, que hace posible el acceso a la biblioteca virtual desde fuera de la intranet, con un único usuario y password, a través del sistema PAPI.

La UBD de la ECSyAS posee dos líneas de actuación fundamentales:

1. Gestión de la Biblioteca de la ECSyAS:
   En este marco desarrolla las siguientes actividades: adquisición y gestión administrativa del material bibliográfico de la Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo; adquisición, registro, catalogación y préstamo del material bibliográfico de la ECSyAS; desarrollo de búsquedas bibliográficas como apoyo a las actividades formativas de la ECSyAS; y gestión del préstamo interbibliotecario apoyado por las herramientas del C17 (Grupo de 530 bibliotecas sanitarias españolas que comparten artículos científicos de unas 18.000 revistas).

En el año 2011 se han cursado 4.252 peticiones por los usuarios del SSPE a su biblioteca, y se han recibido 6.032 peticiones de bibliotecas externas al SSPE. Así mismo, las bibliotecas del SSPE (Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social (ECSAS), Hospital Don Benito Villanueva (HDBV), Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz (CHUB), Hospital de Mérida (HME), Hospital San Pedro de Alcántara (HSP), y Hospital Virgen del Puerto (HVP)), han servido 3.547 artículos a otras bibliotecas, 5.175 artículos a usuarios propios procedentes de otras bibliotecas, y 2.338 artículos a usuarios propios procedentes de recursos. Tabla 12.7.

Tabla 12.7 Actividad del C17. Bibliotecas del SSPE. Artículos servidos. 2011

Artículos servidos	ECSAS	HDBV	CHUB	HME	HSP	HVP
A otras bibliotecas	227	139	1282	274	1480	145
A usuarios, procedentes de otras bibliotecas	203	207	2324	261	1996	184
A usuarios, procedentes de recursos propios	4	4	815	53	1436	26

Fuente: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS. ECSyAS.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

2. Coordinación de la Red de Bibliotecas del SSPE:

Entre las acciones que desarrolla se encuentran: gestión administrativa, adquisición, implementación de accesos y comunicación de todos los recursos electrónicos que la Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo contrata anualmente para todo el SSPE; secretaría de la Comisión Asesora de Bibliotecas de Ciencias de la Salud (DOE nº28/2005); actualización y mantenimiento de la web de la Red de Bibliotecas del SSPE http://saludteca.gobex.es; representación en el Grupo de Bibliotecas Virtuales Autonómicas de Ciencias de la Salud a escala nacional.

En el año 2011 el fondo de la Biblioteca Virtual en Extremadura disponía de 566 revistas adquiridas y 14 libros electrónicos, habiéndose realizado 101.817 descargas a texto completo de artículos de revista y 1.920 descargas a texto completo de capítulos de libros. Tabla 12.8.

Tabla 12.8 Fondo de la Biblioteca Virtual. Extremadura. 2011

Fondos de la Biblioteca Virtual	Nº total
Revistas adquiridas	566
Descargas texto completo de artículos de revista	101.817
Libros electrónicos	14
Descargas texto completo de capítulos de libros	1.920
Accesos a Fisterra	63.525
Accesos a Up ToDate	19.997

Fuente: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS. ECSyAS.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS. ECSyAS.

CAPÍTULO IV.
EJES ESTRATÉGICOS Y ÁREAS DE INTERVENCIÓN

EJES ESTRATÉGICOS Y ÁREAS DE INTERVENCIÓN

I EJE ESTRATÉGICO:

PROTECCIÓN Y ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES Y EMERGENTES EN EXTREMADURA

1. Enfermedades Cardiovasculares
2. Cáncer
3. Salud Mental
4. Drogodependencias y otras Conductas Adictivas
5. Accidentes
6. Violencias
7. Enfermedades Respiratorias Crónicas. EPOC
8. Enfermedades Endocrino- metabólicas. Diabetes, Obesidad, Bocio
9. Enfermedades Infecciosas
10. Enfermedades Raras
11. Zoonosis

II EJE ESTRATÉGICO:

PROTECCIÓN Y MEJORA DEL ESTADO DE SALUD, Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

12. Promoción de estilos de vida saludables. EpS
13. Seguridad Alimentaría
14. Salud Ambiental
15. Promoción, seguimiento y control del estado de salud:
    - Salud Infantil y del Adolescente
    - Salud de la Mujer
    - Salud del Adulto
    - Salud del Mayor
16. Salud Laboral

III EJE ESTRATÉGICO:

MEJORA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE EXTREMADURA.

17. Planificación, Ordenación y Gestión Sanitarias
18. Sistemas de Información Sanitaria y Sociosanitaria
19. Sistema de Urgencias y Emergencias Sanitarias
20. Cuidados Paliativos
21. Uso racional del medicamento
22. Calidad y Humanización del SSPE. Seguridad del Paciente
23. Participación Comunitaria
24. Atención Sociosanitaria
25. Gestión del Conocimiento. Formación e Investigación

CAPÍTULO V.
OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Plan de Salud de Extremadura
2013-2020

I EJE ESTRATÉGICO:

PROTECCIÓN Y ATENCIÓN A LOS PROBLEMAS DE SALUD PREVALENTES Y EMERGENTES EN EXTREMADURA

El primer Eje estratégico del *Plan de Salud de Extremadura 2013-20202,* establece objetivos y líneas de actuación para el abordaje de las enfermedades, y los problemas y las necesidades de salud, de mayor trascendencia sociosanitaria en nuestro entorno:

1.- Enfermedades Cardiovasculares
2.- Cáncer
3.- Salud Mental
4.- Drogodependencias y otras Conductas Adictivas
5.- Accidentes
6.- Violencias
7.- Enfermedades Respiratorias Crónicas. EPOC
8.- Enfermedades Endocrino- metabólicas. Diabetes, Obesidad, Bocio
9.- Enfermedades Infecciosas
10.- Enfermedades Raras
11.- Zoonosis

Con este primer eje, se trata de mejorar la situación de salud de la población extremeña, mediante la reducción de la morbimortalidad causada por las principales enfermedades y problemas de salud, que cuentan con la mayor repercusión e impacto sociosanitario en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Para ello, se hace necesario un abordaje integral de estos problemas de salud, contando para ello, en la mayoría de estos casos, con herramientas claves de planificación, como son la elaboración, la implantación, el desarrollo, y en especial, con el seguimiento y la posterior evaluación, de planes y programas de salud, todos ellos dirigidos, de manera integral, a la prevención, el diagnóstico, y la atención eficientes a los mismos.

1.- ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares son aquellas que afectan al corazón y/o al sistema vascular, entre las que destacan el ictus, la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardiaca, etc. En la actualidad constituyen uno de los principales problemas de salud para el conjunto de la población extremeña por varias razones:

1.- La elevada mortalidad cardiovascular:
Suponen la primera causa de muerte en Extremadura, al ocasionar casi una de cada tres defunciones, con cifras estabilizadas alrededor de las 3.400 muertes (INE), lo que en parte es atribuible al elevado envejecimiento de la población extremeña. En conjunto, la cardiopatía isquémica, el ictus y la insuficiencia cardiaca causan casi tres de cada cuatro defunciones de origen cardiovascular.

Por sexos, la mortalidad es mayor en mujeres (1.859 defunciones en 2010, su primera causa de muerte), que en varones (1.581 defunciones, su segunda causa de muerte tras el cáncer). Esta diferencia se atribuye a la mayor esperanza de vida del género femenino, pues al aumentar la edad también se incrementa la posibilidad de sufrir una patología cardiovascular.

Además, las enfermedades cardiovasculares constituyen la segunda causa, tras el cáncer, de años potenciales de vida perdidos. Por sexos es mayor la pérdida entre los varones, pues mueren de media por estas patologías con varios años de antelación respecto a las mujeres.

2.- El importante origen de enfermedad y de discapacidad:
La morbilidad de origen cardiovascular en Extremadura es muy elevada, superior a la media nacional, lo que puede obedecer al progresivo envejecimiento de la población extremeña, junto a las mejoras asistenciales y a la mayor accesibilidad del sistema sanitario.

Respecto a la morbilidad cardiovascular destacan el ictus, la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardiaca, la enfermedad vascular periférica y la enfermedad renal crónica de origen aterosclerótico (en su mayoría ocasionada por diabetes y/o hipertensión arterial), que son causas muy importantes de utilización de los servicios sanitarios en Extremadura.

En atención primaria, las enfermedades cardiovasculares y sus principales factores de riesgo (consumo de tabaco, hipertensión arterial, diabetes, obesidad, estrés laboral, etc.) constituyen frecuentes motivos de consulta.

En atención especializada suponen la primera causa de ingreso hospitalario en Extremadura, con 15.645 altas hospitalarias durante 2010 (INE), y cursan con estancias prolongadas (8 días de media).

Por sexos constituyen la primera causa de hospitalización en varones (con 8.577 altas hospitalarias durante 2010), y la segunda en mujeres (con 7.068 altas, tras las complicaciones del embarazo, parto y puerperio).

Además, las enfermedades cardiovasculares son patologías crónicas y, en muchas ocasiones, incapacitantes, constituyendo uno de los principales motivos de discapacidad y de disminución de la calidad de vida entre la población extremeña.

3.- El elevado impacto económico y social:
Las enfermedades cardiovasculares, como causa fundamental de enfermedad, discapacidad y muerte, ocasionan importantes repercusiones sanitarias y sociales en Extremadura. Además generan costes elevados en un momento de recursos limitados, pues actualmente se dedican a las enfermedades cardiovasculares en Extremadura una gran cantidad de recursos sanitarios, humanos y materiales, en diferentes ámbitos: urgencias y emergencias, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, etc.

4.- Son enfermedades que se pueden prevenir y tratar:
Las principales patologías cardiovasculares (cardiopatía isquémica, ictus, etc.) se asocian frecuentemente con hábitos poco saludables (consumo de tabaco, falta de ejercicio físico, alimentación inadecuada con exceso de calorías, etc.) y con distintos factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, diabetes, cifras elevadas de colesterol en sangre, exceso de peso, etc.), todos ellos muy prevalentes entre la población extremeña.

Siguiendo el antiguo aforismo “más vale prevenir...”, podemos mejorar nuestra salud y nuestra calidad de vida si actuamos sobre los hábitos insanos (abandonando el tabaco, con una alimentación sana, haciendo ejercicio con regularidad, etc.) y sobre los factores de riesgo cardiovascular (controlando nuestro peso, la tensión arterial elevada, el exceso de colesterol en sangre, etc.) tal como recomiendan las actuales guías europeas para la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

Se estima que tres de cada cuatro enfermedades cardiovasculares se pueden prevenir si adoptamos hábitos de vida saludables y evitamos o controlamos sus principales factores de riesgo. En este sentido, se considera a las intervenciones poblacionales como las medidas más coste-efectivas para reducir la elevada carga de enfermedad y muerte asociada a estas patologías. Si a pesar de todo la persona desarrolla una enfermedad cardiovascular, en la actualidad existen intervenciones asistenciales efectivas para luchar contra ellas. La efectividad de cada una de ellas ha sido recientemente evaluada para determinar la importancia relativa en la disminución de la mortalidad coronaria en España. También se ha podido demostrar cómo las actividades preventivas no se realizan siempre en la población que más lo precisa, por lo cual podemos mejorar aún su eficiencia.

Hay que tener en cuenta que las enfermedades cardiovasculares suelen evolucionar lentamente, sin causar síntomas importantes. Pero una vez que se han desarrollado, con frecuencia aparecen de forma súbita y con síntomas graves, especialmente el infarto agudo de miocardio y el ictus, que constituyen emergencias sanitarias que pueden ser mortales a pesar de una adecuada asistencia. El abordaje precoz es fundamental, ya que reduce la mortalidad y las posibles secuelas, por lo que es necesario que la población sepa identificar los principales signos de alarma del ictus y del infarto agudo de miocardio, sepa cómo intervenir y contacte rápidamente con el Sistema de Urgencias y Emergencias de Extremadura, a través del teléfono 112.

La gran importancia de las enfermedades cardiovasculares como problema de salud se puso de manifiesto en el anterior *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012*, que priorizó el desarrollo y la continuidad del Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura (PIEC), implementando los objetivos y líneas de actuación priorizados en él con el objetivo general de reducir la incidencia y la morbimortalidad de estas patologías en Extremadura.

El PIEC desarrolla el proceso asistencial de las enfermedades cardiovasculares más relevantes en Extremadura:

1. Cardiopatía isquémica: junto al ictus constituye una de las principales enfermedades cardiovasculares, con elevadas cifras de mortalidad (1.010 defunciones en 2010) y de morbilidad (3.386 altas hospitalarias), y supone una de las causas más importantes de discapacidad.
2. Ictus: al igual que la cardiopatía isquémica, presenta cifras muy altas de morbimortalidad (con 969 defunciones y 3.292 altas hospitalarias en 2010), ocasionando una gran discapacidad en los supervivientes y una gran demanda de cuidados.
3. Insuficiencia cardiaca: es la tercera causa de morbimortalidad cardiovascular, con 493 muertes y 2.559 altas hospitalarias en 2010, achacable al elevado envejecimiento de la población extremeña y a la mayor esperanza de vida de las enfermedades que contribuyen a su aparición (cardiopatía isquémica, hipertensión arterial).
4. Arteriopatía periférica: el PIEC incluye las siguientes variantes clínicas: síndrome de isquemia aguda y de isquemia crónica (principalmente de las extremidades), estenosis carotídea extracraneal y aneurisma aórtico abdominal. Estas patologías presentan en conjunto cifras menores de morbilidad hospitalaria; sin embargo, son importantes por su elevada frecuencia entre las personas mayores de 65 años, por su gravedad y/o porque la presencia de formas subclínicas detectan a sujetos de alto riesgo de presentar enfermedad cardiovascular.
5. Enfermedad renal crónica secundaria a hipertensión arterial o diabetes: se estima que el 70% de las insuficiencias renales, que constituyen la fase final de la enfermedad renal crónica, son causadas por hipertensión arterial o por diabetes mellitus.

Todas estas enfermedades cardiovasculares priorizadas en el PIEC son condicionadas, en mayor o menor medida, por un proceso aterosclerótico, cuyo desarrollo se ve favorecido por una serie de hábitos poco saludables y factores de riesgo muy prevalentes entre la población extremeña y que superan a las de otras CCAA.

Estos hábitos insanos y factores de riesgo cardiovascular aparecen con frecuencia asociados, multiplicando las posibilidades de sufrir una enfermedad cardiovascular. Entre ellos destacan:

1. Consumo de tabaco: constituye uno de los principales problemas de salud para la población extremeña, constituyendo la primera causa aislada de mortalidad prematura y evitable; a pesar de las distintas medidas (informativas, preventivas, normativas, impositivas, etc.) puestas en marcha durante los últimos años, se mantienen cifras muy elevadas de consumo de tabaco entre la población extremeña.
2. Hipertensión arterial: importante factor de riesgo (sobre todo de ictus, insuficiencia cardiaca y enfermedad renal crónica, …), muy frecuente en adultos y en el que, a pesar de las mejoras conseguidas durante los últimos años, todavía es posible mejorar su diagnóstico y su control.
3. Hipercolesterolemia: otro de los principales factores de riesgo cardiovascular, sobre todo en el ámbito de la cardiopatía isquémica, con una frecuencia en Extremadura superior a la media nacional, y en el que también su diagnóstico y control pueden ser optimizados.

4. Exceso de peso: se asocia a la falta de ejercicio físico y a una alimentación desequilibrada y con exceso de calorías. La obesidad se considera una verdadera enfermedad crónica, origen de múltiples problemas de salud: diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, síndrome metabólico, insuficiencia renal, enfermedades cardiovasculares, etc. Las cifras de sobrepeso y obesidad en Extremadura se encuentran entre las más altas de España, preocupando especialmente el aumento continuado entre la población infantil y juvenil.
5. Diabetes: también es un importante factor de riesgo, sobre todo de cardiopatía isquémica; su prevalencia en Extremadura es muy elevada, ligeramente superior a la media nacional, aumentando durante los últimos años paralelamente al incremento de la obesidad entre la población; al igual que ocurre con otros factores de riesgo, también en la diabetes es posible mejorar su diagnóstico y su control.
6. Síndrome metabólico: define una agrupación no casual de factores de origen metabólico frecuentemente observados en la práctica clínica, cuya combinación aumenta el riesgo cardiovascular. Su frecuencia en Extremadura es muy alta, con cifras ligeramente superiores a la media nacional, sobre todo en varones.
7. Enfermedad renal crónica (de cualquier origen): se define como la disminución de la función renal (filtrado glomerular estimado < 60 ml/min/1,73 m^2) o como la presencia de daño renal persistente (proteinuria, sedimento de orina alterado o en las pruebas de imagen renal) durante al menos tres meses. Constituye un factor de riesgo muy prevalente, que ocasiona una importante morbimortalidad cardiovascular, de modo que la población que padece enfermedad renal crónica debe ser considerada directamente como de alto riesgo cardiovascular. Sin embargo, todavía es poco conocido por el colectivo de profesionales sanitarios así como por la población general, de modo que un importante número de personas que sufren esta enfermedad no están diagnosticadas, haciendo patente la ineficiencia de los métodos tradicionales de medición de la función renal (creatinina sérica) para diagnosticarla.

Para cumplir con el objetivo general del PIEC de reducir la incidencia y la carga de enfermedad y muerte asociada a las patologías cardiovasculares en Extremadura, y para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por ellas, no sólo hay desarrollar actuaciones para luchar directamente contra estas patologías, sino también y preferentemente contra los hábitos poco saludables y los principales factores de riesgo que favorecen su aparición.

Sin embargo, aunque el abordaje actualmente propuesto para la intervención en los factores de riesgo es multifactorial, se deben priorizar aquellos que obtengan mejores resultados en salud. Es pues necesario definir cuáles son estos factores de más peso en el origen de la enfermedad cardiovascular en nuestra comunidad y decidir, basado en la evidencia existente, cual es la estrategia de intervención más coste-efectiva.

Para ello resulta necesario además que administración y profesionales continúen implicándose, educando y corresponsabilizando a la población extremeña en el mantenimiento y mejora de la salud pública, y desarrollando los recursos y actuaciones que contribuyan a mejorar la prevención y la asistencia a estas patologías, adecuando la oferta de servicios a las necesidades de la población, y a lo que es sanitariamente recomendable y económicamente viable para el sostenimiento del SSPE.

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

Objetivo 1.– Desarrollar y dar continuidad al Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares (PIEC), con el objetivo de reducir la incidencia y la morbimortalidad asociada a estas patologías en Extremadura.

Responsables:
- **Servicio de Planificación y Ordenación de la CSyPS**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección General de Salud Pública del SES

Criterios de Evaluación:
- Grado de implantación y desarrollo del PIEC 2013-2016
- Resultados de seguimiento y evaluación del PIEC 2013-2016
- Existencia, desarrollo, resultados de seguimiento y evaluación de una nueva versión del PIEC tras la finalización de su periodo de vigencia

Líneas de Actuación:

1.1.- Implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación de los objetivos y líneas de actuación priorizados en el PIEC (2013-2016).

Responsables:
- **Servicio de Planificación y Ordenación de la CSyPS**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación:
- Disponibilidad del PIEC 2013-2016
- Disponibilidad del informe de seguimiento y evaluación del PIEC 2013-2016

1.2.- Continuidad del Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura 2013-2016, una vez que finalice su actual periodo de vigencia.

Responsables:
- **Servicio de Planificación y Ordenación de la CSyPS**
- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación:
- Disponibilidad de una nueva versión del PIEC, tras el fin del período de vigencia

1.3.- Impulso del Consejo Asesor sobre Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura.

Responsables:
- **Servicio de Planificación y Ordenación de la CSyPS**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación:

- Renovación de los miembros del Consejo Asesor sobre Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura
- Actividad del Consejo Asesor sobre Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura (Nº de reuniones, consultas, informes realizados, etc.)

2.- CÁNCER

El término cáncer engloba a distintas enfermedades caracterizadas por la existencia de células anormales, que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos, o incluso diseminarse hasta otras partes del cuerpo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático.

Se estima que uno de cada tres varones y una de cada cuatro mujeres serán diagnosticadas de cáncer a lo largo de su vida. El envejecimiento de la población y la mayor supervivencia de las personas con cáncer, han supuesto un aumento significativo del número de pacientes con esta patología. Cada año aumenta su incidencia en nuestro país, pero también disminuye su mortalidad, lo cual refleja importantes avances en el diagnóstico precoz y en el tratamiento del mismo.

Los tumores infantiles difieren en muchos aspectos de los tumores de los adultos. Una de las mayores diferencias radica en la imposibilidad de poder realizar una prevención primaria eficaz del cáncer infantil, por lo que la lucha contra esta enfermedad continúa basándose en los avances diagnósticos (prevención secundaria o detección precoz) y terapéuticos.

España presenta tasas globales de incidencia más bajas en relación con el resto de países de la UE, tanto en varones como en mujeres. Según un reciente informe de la SEOM, la incidencia global de cáncer para la población adulta española se estima en 196.902 nuevos casos en 2013 para ambos sexos. El tipo más frecuente es el cáncer colorrectal, seguido de los tumores de próstata, mama y pulmón. El patrón que se observa en la población adulta en la mayoría de los registros españoles muestra una incidencia muy elevada de tumores relacionados con el consumo de alcohol y tabaco.

La incidencia de los tumores infantiles se mantiene estable o aumenta ligeramente en Europa y España, la mortalidad de muchos de ellos ha sufrido un importante descenso durante las últimas décadas, relacionado, sobre todo con los avances terapéuticos. En España existe un Registro Nacional de Tumores Infantiles (RNTI), que permite conocer las posibles causas, su incidencia y su supervivencia. La mayoría de los tumores infantiles, en el periodo 2005-2009, son leucemias (27 % aprox.), seguidas de los tumores del sistema nerviosos (20 %), y linfomas (13 %).

La población adulta en España, tiene una tasa de mortalidad por cáncer relativamente baja en comparación con el conjunto de países de la UE. Esta enfermedad, según el INE, constituye la segunda causa de muerte en Extremadura, con 3.023 defunciones durante 2011 (1.929 en varones y 1.057 en mujeres). En términos de mortalidad, los tumores más importantes para los hombres son: “tráquea, bronquios y pulmón”, “colon” y “próstata”; mientras que para las mujeres son: “mama”, “colon” y “tráquea, bronquios y pulmón”. Hemos de tener en cuenta que muchos de estos cánceres pueden ser de etiología laboral, auque actualmente sea difícil de determinar, dada la gran infradeclaración de los mismos.

La mortalidad en la población infantil y adolescente (entre 0 y 19 años) en España es de más de 350 personas a causa del cáncer. En Extremadura los tumores fueron la cuarta causa de muerte, con 5 defunciones en el año 2009 (3 en niños y 2 en niñas).

Además, el cáncer en adultos es uno de los principales motivos de morbilidad hospitalaria 2011, según el INE. El número de personas dadas de alta hospitalaria con el diagnóstico principal de “tumores o neoplasias”, fue de 10.342 en 2011, con un incremento de más del 15% en 8 años. En la población menor de 16 años con diagnóstico de cáncer, en el año 2010 se registraron en Extremadura 130 ingresos hospitalarios lo que supuso una disminución de 29 altas respecto a 2009. La principal causa de ingreso por cáncer infantil fueron los tumores benignos, con 69 altas; dentro de los tumores malignos, la primera causa fue la leucemia linfoide aguda (18), seguida de otros tumores malignos del tejido linfoide.

En cuanto a la supervivencia global de las enfermedades tumorales, España se sitúa en una posición intermedia para los cánceres estudiados, semejante a la de los países de nuestro entorno. Durante los últimos años, se observa un incremento significativo de la supervivencia global (del 44% al 49,3% a los 5 años).

Las enfermedades tumorales también constituyen la primera causa en Extremadura de APVP, especialmente en los varones, que presentan cifras muy superiores a las mujeres. Actualmente el cáncer constituye uno de los principales problemas de salud para la población extremeña, siendo causa fundamental de enfermedad y muerte, de discapacidad y disminución de la calidad de vida en Extremadura, ocasionando importantes repercusiones socioeconómicas a nuestra sociedad. Es por ello necesario, dar continuidad a los objetivos y líneas de actuación contemplados en los diferentes planes de salud y planes de atención integral específicamente al cáncer.

El Plan de Salud de Extremadura debe seguir contemplando la atención integral a las personas con cáncer, atendiendo a las diferentes áreas de intervención: prevención primaria y secundaria; asistencia, tanto en adultos como en niños; rehabilitación psicológica y social, reinserción social y familiar; y calidad de vida (cuidados paliativos, unidades del dolor, etc..).

En prevención primaria se seguirá priorizando la Educación para la Salud (EpS), realizando un abordaje integral en los ámbitos educativo, sanitario, sociocomunitario y laboral, desarrollando programas y proyectos específicos frente a los problemas de salud más relevantes, sobre todo los relacionados con la nutrición, los hábitos alimentarios y la actividad física, que propicien estilos de vida saludables; así como evitar la exposición a factores de riesgos cuya presencia se reconoce como necesaria o favorecedora de la aparición de la enfermedad. Los dos factores más importantes con una proporción de muertes atribuibles, entre un 50 y un 65 %, fueron el tabaco y la dieta, sin olvidad la exposición laboral a cancerígenos.

En prevención secundaria, se dará continuidad a la detección precoz de diferentes cánceres, tales como el cáncer de mama, de cervix, y colorrectal; así como seguir con el diagnóstico genético en los síndromes de predisposición hereditaria, tal y como se contemplaba en el anterior Plan Integral contra el Cáncer.

La asistencia a las personas adultas que padecen cáncer, es de carácter multidisciplinar, aplicando diferentes estrategias terapéuticas, según distintas pautas acorde a la tipología, localización y estadio del cáncer; y favoreciendo a la población la accesibilidad a los recursos sanitarios, para lograr un diagnóstico y tratamiento precoz, apropiado y de calidad, buscando siempre la mayor efectividad, en cuanto a la supervivencia global.

En el área de asistencia del cáncer infantil y juvenil, son motivo de especial preocupación los efectos secundarios derivados del tratamiento. De esta manera, el diseño de nuevos protocolos de tratamiento tratará de modificar o reducir estos efectos en la población infantil y juvenil con buen pronóstico, mientras continúa intensificándolo en aquellos tumores aún incurables. Son bien conocidas las secuelas del tratamiento del cáncer en estas edades: muerte temprana, tumores secundarios, secuelas orgánicas, psicológicas y sociales (dificultad para encontrar un empleo o para hacerse un seguro de vida o de enfermedad). La atención psicosocial a la población infantil con cáncer y a sus familias, permite mejorar la tolerancia al tratamiento y reducir sus efectos secundarios. Por ello deben ser atendidas las ayudas a la escolarización, las necesidades sociales, el apoyo psicológico, etc.

En el área de Calidad de vida se atenderá a la rehabilitación, la reinserción y los cuidados paliativos, teniendo en cuenta que las personas que han sobrevivido al cáncer pueden tener problemas físicos, sociales y/o emocionales que afecten a su calidad de vida, independientemente del tipo de cáncer. Esta enfermedad puede ocasionar un elevado sufrimiento y un cambio en las funciones y rutinas no solo de las personas que lo padecen, sino también en sus entornos familiares y sociales. La planificación en este área debe incluir distintas intervenciones para reducir la morbimortalidad y aumentar la calidad de vida de estos pacientes: impulsar su rehabilitación y su reinserción social y laboral, así como continuar desarrollando los recursos para aliviar el dolor oncológico, en el ámbito de los cuidados paliativos.

Las áreas de Formación, Investigación y Sistemas de Información, continúan siendo tres pilares fundamentales del SSPE para mejorar la atención oncológica. La formación continuada del colectivo de profesionales sanitarios reviste una gran importancia, al objeto de que adquieran los conocimientos, habilidades y aptitudes necesarias para abordar las distintas fases de la historia natural de la enfermedad, así como mantenerlos formados e informados de los avances tecnológicos y científicos en esta materia.

La investigación oncológica resulta esencial para conseguir los objetivos, mediante la investigación epidemiológica y en servicios de salud (incidencia, prevalencia, morbimortalidad y el impacto sociosanitario del cáncer en la población extremeña), así como los factores de riesgo relacionados con el mismo.

El Plan de Salud contempla, como objetivos prioritarios, la potenciación de los estudios oncogenéticos sobre el cáncer hereditario, el fomento de la investigación oncológica básica y translacional, así como la implantación de un Banco de Tumores en los hospitales extremeños, como elemento de apoyo a la investigación oncológica. Los sistemas de información sanitaria nos permiten disponer de información sanitaria precisa y actualizada que constituye la base fundamental para conocer la situación en la que se encuentra el cáncer, así como para planificar, ejecutar y evaluar cualquier actuación sanitaria.

También contempla como objetivos prioritarios: la implantación de los mecanismos necesarios para reducir los tiempos de demora diagnóstica y terapéutica en la atención al paciente con cáncer; el impulso de los sistemas de información y registros que hagan posible la evaluación y la monitorización de los tiempos de demora; y desarrollo del Sistema de Información sobre Cáncer de Base Poblacional de Extremadura (SICaP) y del Registro de Tumores Hospitalario centralizado, como principal fuente de información del SICaP.

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

Objetivo 2.– Dar continuidad al Plan Integral del Cáncer, con la elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación del PICA 2013-2016, y sucesivos, con el objetivo de reducir la incidencia y la morbimortalidad asociada a estas patologías en Extremadura.

Responsables:
- **Servicio de Planificación y Ordenación de la CSyPS**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación:
- Grado de implantación y desarrollo del PICA 2012-2016
- Resultados del seguimiento y evaluación del PICA 2012-2016
- Existencia, desarrollo, resultados de seguimiento y evaluación de una nueva versión del PICA tras la finalización de su periodo de vigencia

Líneas de Actuación:

2.1.- Implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación de los objetivos y líneas de actuación del PICA 2013-2016

Responsables:
- **Servicio de Planificación y Ordenación de la CSyPS**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación:
- Disponibilidad del PICA 2013-2016
- Disponibilidad del Informe de seguimiento y evaluación del PICA 2013-2016

2.2.- Elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación del nuevo PICA, una vez finalizado el periodo de vigencia del PICA 2013-2016.

Responsables:
- **Servicio de Planificación y Ordenación de la CSyPS**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación:
- Disponibilidad de una nueva versión del PICA, tras el fin del período de vigencia

2.3.- Impulso del Consejo Asesor sobre el Cáncer, del SSPE.

Responsables:
- **Servicio de Planificación y Ordenación de la CSyPS**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación:
- Actualización de los miembros del Consejo Asesor sobre el Cáncer, del SSPE.
- Actividad del Consejo Asesor sobre Cáncer (reuniones, consultas, informes,...)

3.- SALUD MENTAL

La salud mental, tal como reconoció el Parlamento Europeo en el año 2005, es un problema prioritario de salud pública, puesto que se estima que el 10% de la población europea presenta algún problema psicológico. Los trastornos mentales constituyen uno de los principales problemas de salud por su impacto epidemiológico, por la discapacidad que conllevan, la carga social y económica que suponen y por la elevada dependencia y utilización de los servicios sanitarios que requieren.

No sólo es la depresión uno de los problemas de salud más frecuente, sino que el suicidio se ha convertido en una de las principales causas de mortalidad no natural en Europa. En consecuencia todos los países miembros de la UE asumieron las directrices europeas en cuanto a la relevancia sociosanitaria de la salud mental, mediante el compromiso reflejado en la firma del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar del año 2008.

Según las conclusiones recogidas del último Eurobarómetro sobre la Salud Mental y el Bienestar, del año 2010, la salud mental de la persona, además de a nivel individual, impacta en sus actitudes y comportamientos en el contexto laboral, presentando mayor incidencia de absentismo no justificado o un mayor nivel de creencias de estar siendo infravalorado en las funciones laborales. Alrededor de un 15% de la población europea ha buscado ayuda profesional por algún problema de índole psicológica en el último año, incluso un 7% reconoce haber estado en tratamiento farmacológico.

En base a las grandes líneas estratégicas del Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012, reflejo de las directrices nacionales e internacionales marcadas para mejorar la atención a la salud mental, se han ido desarrollando en Extremadura los objetivos y actuaciones priorizadas en el mismo.

De este modo se ha trabajado en aras de la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos psiquiátricos y la mejora de la imagen de las personas con problemas de salud mental. Caben destacar proyectos dirigidos especificamente hacia sectores vulnerables de la población, como personas de edad avanzada, menores en acogimiento residencial, población penitenciaria y entorno escolar.

El proceso de transformación, en el que aún nos encontramos inmersos, de los antiguos Hospitales Psiquiátricos en Centros Sociosanitarios que ha llevado aparejado la integración de las Unidades de Hospitalización Breve en los Hospitales Generales, ha supuesto una mejora de la calidad asistencial y la consolidación del modelo de atención y de coordinación entre los dispositivos de la red de salud mental según lo establecido en el Decreto 92/2006, de 16 de mayo, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en Extremadura.

Durante este tiempo se han aumentado y adaptado los recursos asistenciales a las necesidades específicas de la demanda de atención. Por un lado se ha incrementado el número de dispositivos especializados y por otro lado se ha consolidado y reforzado diferentes programas de atención ambulatoria, que potencian la coordinación entre los servicios de la red asistencial y social, consiguiendo una mejora en la continuidad de cuidados de la población con Trastornos Mentales Graves.

Con el firme propósito de fomentar la excelencia en la asistencia y la gestión sanitaria en salud mental se han llevado a cabo intervenciones que consolidan la práctica clínica basada en la evidencia y promueven instrumentos en la gestión clínica. Entre estas actuaciones cabe mencionar:

- La acreditación de los Centro de Rehabilitación Psicosocial según el Modelo de Calidad de la Consejería de Salud y Política Social.
- La implantación de aplicaciones informáticas para la gestión de listas de esperas, derivaciones y seguimiento de pacientes.
- La constitución de una serie de Comisiones Técnicas como grupos de profesionales para el debate y propuestas de mejoras.
- El impulso de la formación continua y formación especializada, incrementando la dotación de plazas MIR, PIR y EIR
- El reconocimiento y consolidación de las categorías profesionales.
- El fomento de la investigación en salud mental.
- La elaboración e implantación de diversos protocolos y manuales de actuación (prevención del suicidio, contención mecánica, atención a pacientes con trastornos de conducta alimentaria en las Unidades Hospitalarias Breves, planes de cuidados de enfermería, etc)
- El desarrollo de una cultura de seguridad del paciente, en los colectivos profesionales que lo atiende, y la integración de la gestión de riesgos asociados a la asistencia, en la práctica clínica diaria.

En la atención a la Salud Mental queda mucho camino por recorrer, siendo prioritario en el contexto social y económico en el que nos encontramos priorizar actuaciones encaminadas a la mayor coordinación entre las redes asistenciales y entre éstas y servicios sociosanitarios y sociales.

También es necesario priorizar la coordinación interinstitucional entre las diferentes Consejerías competentes en materia sanitaria y social, educación, trabajo y entre estas y otras unidades y/ u organismos, para garantizar una auténtica integración de la atención a la Salud Mental en Extremadura.

En Extremadura, la Salud Mental se aborda en la actualidad, según el *modelo comunitario de atención a la enfermedad mental* ajustando progresivamente las necesidades de las personas con enfermedad mental al conjunto de necesidades de la población en general: necesidad de recibir una educación, de realizar un trabajo remunerado, de establecer relaciones con los demás, de ocupar el tiempo libre y, por supuesto, de recibir tratamiento adecuado, incluyendo el rehabilitador.

En este contexto es ineludible plantear un avance en la forma de entender la organización de la asistencia, una mayor concienciación de la ciudadanía y una mayor sensibilidad hacia el respeto a los derechos de personas con enfermedad mental**.** El núcleo de este movimiento ciudadano debería estar protagonizado por los propios usuarios y usuarias, y sus familiares, para ser partícipes de la planificación, creación y gestión de servicios eficaces y eficientes.

En consonancia, se contituye por Decreto 107/2010, de 23 de abril, el Consejo Regional de Salud Mental de Extremadura como órgano colegiado de participación y caracter consultivo, en el que se encuentran representadas, además de las Administraciones Públicas, las asociaciones de personas enfermas y familiares, las sociedades científicas y de profesionales que trabajan en este campo, consiguiendo a su vez, un fortalecimiento de la coordinación interinstitucional antes mencionada.

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

Objetivo 3. - Seguimiento y evaluación del Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012 (PISM), dando continuidad al mismo, con la elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación del nuevo PISM de Extremadura.

Responsables:
- **Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES**
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección Gerencia del SEPAD
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Criterios de Evaluación:
- Resultados de seguimiento y evaluación del PISM 2007-2012
- Elaboración, grado de implantación, y resultados de seguimiento y evaluación de los sucesivos Planes Integrales de Salud Mental de Extremadura

Líneas de Actuación:

3.1.- Seguimiento y Evaluación del PISM 2007-2012.

Responsables:
- **Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES**
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección Gerencia del SEPAD

Evaluación:
- Disponibilidad del informe de seguimiento y evaluación del PISM 2007-2012.

3.2.- Actualización, adecuación, reestructuración y potenciación del Consejo Regional de Salud Mental.

Responsables:
- **Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES**
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria
- Dirección Gerencia del SEPAD

Evaluación:
- Actualizaciones y/o reestructuraciones del Consejo Regional de Salud Mental, realizadas
- Nº de reuniones del Pleno del Consejo Regional de Salud Mental
- Existencia de memoria de actividades del Consejo Regional de Salud Mental

3.3.- Elaboración e implantación del tercer PISM de Extremadura en el periodo 2015-2019.

Responsables:
- **Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria
- Dirección Gerencia del SEPAD

Evaluación:
- Disponibilidad del tercer PISM de Extremadura
- Implantación del tercer PISM de Extremadura

3.4.- Seguimiento y evaluación del PISM 2015-2019

Responsables:
- Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria
- Dirección Gerencia del SEPAD

Evaluación:.
- Disponibilidad del informe de resultados de seguimiento y evaluación del PISM 2015-2019

3.5.- Reestructuración de los Centros Sociosanitarios de Mérida y de Plasencia, y redefinición de funciones, ámbito competencial y recursos de los mismos.

Responsables:
- **Dirección Gerencia del SEPAD**
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección General de Función Pública, Recursos Humanos e Inspección, de la Consejería de Empleo, Empresa, e Innovación

Evaluación:
- Modificaciones realizadas en relación a las reestructuración de los Centros Sociosanitarios, redefinición de sus funciones, ámbito competencial, y recursos

3.6.- Impulso de actuaciones para la mejora de la gestión clínica y de la calidad total en salud mental.

Responsables:
- **Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección General de Planificación Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SEPAD

Evaluación:
- Actuaciones llevadas a cabo para la mejora de la calidad en salud mental
- Actuaciones llevadas a cabo para la mejora de la gestión clínica en salud mental

4.- DROGODEPENDENCIAS Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS

El consumo de drogas, legales e ilegales, y otras conductas adictivas constituye un serio problema de salud pública. Las consecuencias negativas asociadas a las adicciones se extienden a múltiples ámbitos y áreas diferentes de la vida de una persona; los riesgos y daños asociados al consumo de sustancias varían para cada una de ellas.

Estas consecuencias son muy diversas y pueden afectar a la salud, provocando la aparición de enfermedades orgánicas, y trastornos psicológicos al entorno social pérdida de las amistades, pérdidas económicas, pérdida de trabajo, problemas escolares, delitos, marginación, siniestralidad laboral, etc. Especialmente puede favorecer graves problemas familiares, ya que con frecuencia alteran la dinámica familiar y se ven implicados todos los miembros de la misma tanto en el plano emocional, como en el social y laboral.

Según los estudios realizados en 2009 con respecto a las drogodependencias y otras conductas adictivas, se observa a nivel mundial, que entre 149 y 272 millones de personas de todo el mundo (del 3,3% al 6,1% de la población de entre 15 y 64 años de edad) consumieron sustancias ilícitas como mínimo una vez en el año anterior. Se calcula que aproximadamente la mitad de ellos eran consumidores habituales de drogas, es decir, que habían consumido drogas ilícitas al menos una vez durante el mes anterior a la fecha de la evaluación. El número de personas consumidoras problemáticas se sitúa entre los 15 y los 39 millones. El cannabis es, con diferencia, el tipo de droga ilícita más consumido.

La tendencia estable o descendiente del consumo de heroína y cocaína en las principales regiones de consumo se ve contrarrestada por un aumento en el caso de las drogas sintéticas y los medicamentos de venta con receta. El consumo de estos medicamentos con fines no médicos parece ser un problema sanitario cada vez mayor en algunos países desarrollados y en desarrollo.

Referente al consumo de alcohol, sigue siendo muy elevado con cifras preocupantes para la salud y que en países de alto consumo supone que uno de cada cinco fallecimientos se debe al abuso del alcohol.

A nivel mundial, se prevé que el alcohol afecte cada vez más tanto a la vida de las personas como a las comunidades, y algo muy importante es que la población juvenil está adquiriendo hábitos de consumo cada vez más dañinos para su salud disruptivos para la convivencia social y mayor riesgo de accidentes y violencia.

Con respecto al tabaco, según la OMS existen en el mundo más de 1.100 millones de personas fumadoras, y que representan aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años. La OMS insiste en que el tabaco mata a cerca de 6 millones de personas cada año y causa pérdidas multimillonarias a los Estados.

En población joven, España junto con Italia y Dinamarca son los países en los que hay mayor porcentaje de jóvenes, que consideran "fácil" o "muy fácil" obtener drogas ilegales como heroína, cocaína, éxtasis o cannabis. Éste es uno de los resultados del informe de la Comisión Europea sobre Actitudes de los jóvenes hacia las drogas (Eurobarómetro), en el que participaron más de 12.000 jóvenes, entre 15 y 24 años, pertenecientes a los 27 Estados miembros que conforman la Unión Europea.

El acceso a alcohol o tabaco resulta muy fácil para más del 80% de la población juvenil en Europa.

En Extremadura, los resultados de la Encuesta Domiciliaria realizada entre población adulta de 15 a 64 años, durante 2009-2010, reflejan que el alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva más consumida. El 80,37% de la población había consumido alcohol en los últimos 12 meses.

El tabaco continúa como la segunda droga más consumida, y su prevalencia de consumo diario fue más alta en hombres que en mujeres (principalmente en población joven de 15 a 34 años).

También el cannabis sigue como la droga ilegal más consumida, seguida de la cocaína. En relación al policonsumo, la mitad de la población que consume sustancias psicoactivas, realizan consumo de 2 ó más sustancias y en el 90% esta presente el alcohol.

En población joven de 14 a 18 años, según la Encuesta Escolar 2008-09, el consumo de bebidas alcohólicas sigue generalizado entre jóvenes de 14 a 18 años. Los combinados/ cubatas es el tipo de bebida con mayor notoriedad entre escolares y es mayoritariamente un consumo durante el fin de semana. En cuanto al haberse emborrachado alguna vez en la vida, un 74,1% afirma haberlo hecho. En relación con el tabaco, el porcentaje que declara haber consumido tabaco alguna vez en la vida se sitúa en el 40,8%, siendo de un 20,5% a la edad de 14 años.

En el consumo de sustancias ilegales el cannabis ocupa el primer lugar, el 25,8% de escolares dice haber consumido cannabis alguna vez en su vida. En segundo lugar están los tranquilizantes o pastillas para dormir, el 10,8% de la población de referencia dice haberlos tomado alguna vez en su vida, en las mujeres se da una mayor prevalencia de consumo, significativamente superior a los varones. Le sigue la cocaína, el 3,4% de jóvenes de 14 a 18 años de edad la han consumido alguna vez en su vida, y para el resto de sustancias los resultados de prevalencia son muy bajos, el consumo alguna vez en la vida no supera el 2,7% en ningún caso.

El Plan Integral sobre Drogas y Otras Conductas Adictivas de Extremadura (PIDCA 2008-2012) tuvo como principal objetivo, disminuir la incidencia y retrasar la edad de inicio de las conductas adictivas en Extremadura, así como reducir los daños ocasionados a la salud por dichas conductas, al tiempo que articular todas las actuaciones desarrolladas, en materia de conductas adictivas en nuestra Comunidad Autónoma, en consonancia con las estrategias y directrices perseguidas por el Plan Nacional sobre Drogas.

Desde su implementación, se ha venido haciendo un seguimiento periódico de su ejecución, sobre el que podemos afirmar que gran parte de los objetivos propuestos se van consiguiendo de forma paulatina.

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

Objetivo. 4.- Desarrollar, y realizar el seguimiento y evaluación del PIDCA 2008-2012, dando continuidad al mismo con la elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación del nuevo PIDCA.

Responsable:
- **Secretaría Técnica de Drogodependencias**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Criterios de Evaluación:
- Resultados de seguimiento y evaluación del PIDCA 2008-2012.
- Grado de implantación y desarrollo del nuevo PIDCA.
- Resultados de Seguimiento y evaluación del nuevo PIDCA.
- Grado de implantación y desarrollo del PPCTTEX.
- Resultados de seguimiento y evaluación del PPCTTEX.

Líneas de Actuación:

4.1.- Desarrollo, seguimiento y evaluación del PIDCA 2008-2012.

Responsable:
- **Secretaría Técnica de Drogodependencias**
- Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación:
- Disponibilidad del informe de resultados de seguimiento y evaluación del PIDCA 2008-2012

4.2.- Elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación del nuevo PIDCA, que de continuidad al vigente.

Responsable:
- **Secretaría Técnica de Drogodependencias**
- Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación:
- Disponibilidad del nuevo PIDCA
- Disponibilidad de un informe de resultados de seguimiento y evaluación del nuevo PIDCA

4.3.- Elaboración, Implantación, Desarrollo, Seguimiento y Evaluación del Plan de Prevención, Control y Tratamiento del Tabaquismo en Extremadura (PPCTTEX).

Responsable:
- **Secretaría Técnica de Drogodependencias**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Consejería de Salud y Política Social

Evaluación:
- Disponibilidad del Plan de Prevención, Control y Tratamiento del Tabaquismo en Extremadura (PPCTTEX)
- Disponibilidad del informe de resultados seguimiento y evaluación, del PPCTTEX

4.4.- Incorporación paulatina de los objetivos y líneas de actuación recogidos del PIDCA, y del Plan de Control y Tratamiento del Tabaquismo en Extremadura, a los sucesivos Planes Estratégicos del SES, y a los contratos de gestión del SES.

Responsable:

- **Dirección Gerencia del SES**
- Gerencias de las Áreas de Salud
- Secretaría Técnica de Drogodependencias

Evaluación:

- Número de objetivos del PIDCA, incluidos en los Planes Estratégicos del SES
- Número de objetivos del PIDCA, incluidos en los contratos de gestión del SES con las Gerencias de las Áreas de Salud

5.- ACCIDENTES

La OMS define al accidente como “un acontecimiento, independientemente de la voluntad humana, caracterizado por el efecto repentino de una fuerza extraña, que pueda alcanzar o no a una persona, y que origina que la persona tenga que solicitar posteriormente asistencia médica, independientemente del daño corporal o mental”.

En el año 2010, las causas externas de mortalidad fueron la séptima causa de mortalidad en España, pero ocuparon la tercera causa de años potenciales de vida perdidos. De entre las causas externas, son la suma de los grupos de accidentes producidos por caídas, ahogamientos, fuego, y envenenamientos, los que tienen el mayor número de muertes, seguido de la suma de los grupos de muertes por suicidios y por homicidios, y en tercer lugar los accidentes de transporte (entre los que se incluyen los accidentes de tráfico).

En Extremadura, las causas externas de mortalidad, fueron la novena causa de muerte en 2010 (en el año 2002 eran la quinta causa), presentando en los últimos años una disminución progresiva del número de casos, producida principalmente a expensas del descenso de muertes por accidentes de transporte. También, como en el total de España, ocupan el tercer lugar de causa de años potenciales de vida perdidos.

Accidentes de Tráfico

En la UE, donde en el año 2011 se produjeron mas de 30.000 fallecidos por accidentes de tráfico, la mortalidad por accidentes de tráfico mantiene una línea descendente, con reducciones en las tasas de fallecidos por millón de población de entre un 50 y un 60% (según países) en el año 2011, con respecto al año 2001.

En España, que en el año 2001 ocupaba el puesto 18 dentro de los países de la actual UE, con una tasa de 136 fallecidos por millón de habitantes, se sitúa en el número 7, con una tasa de 45 fallecidos por millón de habitantes en el año 2011 (la media de la UE es de 60, y es la tasa más baja de los países de nuestro entorno). En 2011 sólo se registraron el 7% del total de fallecidos por accidente de tráfico en la UE.

En el año 2011, los principales factores concurrentes en el accidente de tráfico con víctimas en España fueron: la velocidad inadecuada (el 15% de los vehículos que circularon por vías secundarias lo hacían con al menos 10 Km. de exceso de velocidad sobre el máximo permitido); el alcohol y las drogas (un 16,9% de los conductores sometidos a un control de alcohol o drogas tenían niveles superiores a los permitidos); el no uso del cinturón de seguridad (el 22% de los fallecidos en vías interurbanas no utilizaban el cinturón de seguridad, y en vías urbanas el porcentaje fue del 41%); el no uso del casco (los usuarios de motocicleta fallecidos en vías interurbanas no usan casco en el 2% de los casos, y en vías urbanas el porcentaje es del 15%; y en usuarios de ciclomotor fallecidos, el 19% no usaban casco en vías interurbanas, y un 16% de fallecidos no lo usaban en vías urbanas).

En Extremadura, las cifras de siniestralidad vial presentan una tendencia claramente descendente durante el período 2001-2011, tanto en el número de accidentes con víctimas, donde se han reducido un 11,5%, como en el número de muertos, con una reducción del 52,2%.

Con respecto a la Red de Carreteras Autonómicas de Extremadura, en ésta se ha producido también un descenso en el número de accidentes con víctimas (36,6%) y de muertos (55,55%), durante el período 2007-2012, todo ello como consecuencia de las medidas adoptadas para la eliminación de los tramos de concentración de accidentes, así como los estudios, proyectos y otras medidas de bajo coste implementadas.

El estudio EMAT-30 de mortalidad a 30 días por accidente de tráfico, establece un perfil de las características de los lesionados ingresados por accidentes de tráfico en hospitales extremeños: varón, de entre 16 a 34 años, cuya lesión es una fractura, principalmente en las extremidades inferiores.

La importancia de los accidentes de tráfico viene determinada, por su enorme coste social, psicológico y de pérdida de productividad de las víctimas y su entorno social, junto al coste económico (compensación por fallecimiento, gastos hospitalarios y gastos derivados de un “gran lesionado”, daños materiales, etc.), y a que son una de las principales causas evitables de mortalidad, siendo por tanto un importante problema de salud pública, en la que se hace prioritaria la intervención del sector sanitario, junto a una implicación multisectorial (transporte, educación, legislación, y otros), y multidisciplinar (ingenieros, urbanistas, científicos, educadores...)

Para la prevención de este tipo de accidente, desde el Gobierno de Extremadura, se propugna el desarrollo del Observatorio Regional de Seguridad Vial, integrado por representantes de distintas administraciones públicas, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, asociaciones de transportistas, etc., así como el desarrollo del Documento de Estratégico de Seguridad Vial, el cuál va a permitir la planificación de acciones que logren mejorar la seguridad vial.

Accidentes Domésticos y de Ocio

Son los accidentes domésticos y de ocio, un grupo de accidentes que se han producido tanto en el hogar como en lugares de ocio (cuando se practica algún tipo de deporte o actividad, se pasea, se baña, etc.), y que forman parte de la estadísticas de mortalidad por caídas accidentales, ahogamientos, accidentes por fuego, o envenenamientos accidentales, entre otros.

A pesar de que en su mayoría son evitables, constituyen un problema relevante de salud pública. Su importancia radica en el impacto tan significativo que producen en la sociedad, tanto por su alta siniestralidad (es una causa importante de morbi-mortalidad), como por los costes económicos (sanitarios y laborales) y humanos que conllevan (por los efectos psicológicos que en términos de secuelas y de cambio de hábitos, afectan a la víctima y familiares tras el accidente).

Muchos de estos accidentes se producen por la poca importancia o descuido en las normas de precaución que deberían llevarse a cabo, en el hogar y en lugares de esparcimiento. El informe DADO del Instituto Nacional de Consumo estima que, en España en 2011, fueron 2.576.601 las personas que sufrieron un accidente doméstico o de ocio. En Extremadura, donde se entrevistó a 4.466 individuos en 1.629 hogares, 169 dijeron que habían tenido un accidente de este tipo.

Al no disponer de datos o registros en Extremadura, y para poder actuar sobre ellos, se hace por tanto imprescindible el conocer su morbimortalidad, las causas y naturaleza que los producen, así como hacer un seguimiento de los resultados.

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Objetivo 5.- Desarrollar planes y estrategias de prevención y atención, a los accidentes de tráfico, y domésticos y de ocio, a lo largo del periodo de vigencia del Plan de Salud 2013-2020.

Responsables:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Subdirección de Atención Primaria del SES
- Consejería de Administración Pública. Centro Coordinador 112
- Consejería de Fomento, Vivienda, Ordenación del Territorio y Turismo

Criterio de Evaluación:

- Grado de implantación y/o resultados de los informes de seguimiento o de actuación, de los planes y estrategias de prevención y atención al accidente de tráfico, y domésticos y de ocio

Líneas de Actuación:

5.1- Actualización y adecuación del Protocolo de actuación urgente al accidente de tráfico, que permita una mayor optimización de la atención in situ al accidente, así como en la actuación y movilización de recursos.

Responsables:

- **Subdirección de Atención Primaria del SES**
- Consejería de Administración Pública. Centro Coordinador 112

Evaluación:

- Actuaciones realizadas para la actualización y adecuación del protocolo de atención urgente al accidente de tráfico
- Tiempo medio de activación y movilización de recursos al accidente de tráfico
- Tiempo medio de llegada al accidente de tráfico

5.2.- Desarrollo del Observatorio Regional de Seguridad Vial.

Responsable:

- **Consejería de Fomento, Vivienda, Ordenación del Territorio y Turismo**

Evaluación:

- Disponibilidad del Informe anual de seguimiento de las actuaciones del Observatorio Regional de Seguridad Vial

5.3.- Desarrollo del Documento Estratégico de Seguridad Vial de Extremadura.

Responsable:

- **Consejería de Fomento, Vivienda, Ordenación del Territorio y Turismo**

Evaluación:

- Disponibilidad del Informe anual de seguimiento de la eficacia de las actuaciones ejecutadas del Documento Estratégico de Seguridad Vial

5.4.- Creación y desarrollo del Observatorio Regional de Accidentes Domésticos y de Ocio.

Responsable:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**

Evaluación:

- Existencia del Observatorio Regional de Accidentes Domésticos y de Ocio
- Disponibilidad del informe de actividad del Observatorio Regional de Accidentes Domésticos y de Ocio

5.5.- Elaboración y desarrollo de un Programa de prevención de accidentes domésticos y de ocio.

Responsable:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**

Evaluación:

- Disponibilidad de un programa de prevención de accidentes domésticos y de ocio
- Disponibilidad del informe de seguimiento del programa de prevención de accidentes domésticos y de ocio

6.- VIOLENCIAS

La violencia es hoy en día claramente reconocida como un problema de salud pública, siendo, en sus diferentes manifestaciones, una constante en las relaciones humanas. Cada año, más de 1,6 millones de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de actos violentos. En conjunto, se trata de una de las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 15 a 44 años de edad.

La OMS define la violencia como “El uso intencional de la fuerza o poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Esta definición abarca todos los tipos de violencia existente, tanto la activa (por acción) como la pasiva (por inacción u omisión, como es el caso de la negligencia). Teniendo en cuenta el tipo de daño causado, ésta puede ser: física, emocional, sexual o económica.

Según el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, los comportamientos violentos se pueden clasificar en tres categorías: violencia colectiva; autoinfligida; e interpersonal; dependiendo de quién ha cometido el acto, quién es la víctima y a qué tipo de violencia ha sido sometida.

La violencia familiar o doméstica hace referencia a la que se produce sobre los miembros de la familia y que, por lo general, sucede en el hogar. En este grupo se incluyen: el maltrato a menores, la violencia contra la pareja y el maltrato de las personas mayores.

La violencia comunitaria es la que se produce entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, y sucede por lo general fuera del hogar. Ésta engloba: la violencia juvenil, los actos fortuitos de violencia, la violación o ataque sexual por parte de extraños, y la violencia en establecimientos como escuelas (violencia escolar o bullying y ciberbullying), lugares de trabajo, prisiones y hogares de ancianos.

La Cartera de Servicio de Atención Primaria del SES, recoge un servicio de Prevención de Malos Tratos, y lo considera como el daño físico, psíquico y/o sexual infligido por personas del medio familiar y dirigidas generalmente a los miembros más vulnerables de la familia.

Violencia Familiar o Doméstica:

Maltrato infantil

El Observatorio de la Infancia del Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad define maltrato infantil como la “acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño o la niña de sus derechos y su bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.”

Aunque no se conocen cifras exactas en nuestro país, se estima que los datos de maltrato infantil conocidos representan sólo un 10-20% de los casos reales. En el año 2012 fueron atendidos un total de 261 niños y niñas, víctimas de mallos tratos en Extremadura.

De acuerdo con el Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas, toda la violencia infantil es prevenible, y por lo tanto, los Estados deben invertir en políticas y programas basados en evidencias para abordar los factores causales de la violencia contra los niños.

En Extremadura, la Ley 4/1994, de 10 de noviembre, de Protección y Atención a Menores, es el marco jurídico de referencia. Desde el año 2007, el Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI), recoge las notificaciones de situaciones de riesgo y maltrato infantil desde los cuatro sectores directamente implicados: educativo, sanitario, policial y de servicios sociales. Con este registro se pretende incrementar el conocimiento del fenómeno del maltrato infantil entre la población extremeña.

A través del Programa “Por el Buen Trato a la Infancia” se han elaborado unas Guías Básicas de Maltrato Infantil que pretenden unificar los criterios e instrumentos para la detección y notificación de casos de maltrato infantil entre los distintos profesionales implicados que desarrollan su trabajo en contacto con los niños en Extremadura.

Maltrato de las personas mayores y dependientes

El maltrato de personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana” (Declaración de Toronto, 2002).

La violencia dirigida hacia los sectores mas vulnerables, entre los que se encuentran las personas mayores, y particularmente quienes no pueden o tienen limitaciones para proteger por ellos mismos sus derechos, continúa siendo una lacra en nuestra sociedad. El abordaje de los malos tratos en personas mayores responde al objetivo de: mejorar las relaciones, conductas y convivencia social; garantizar el respeto y la dignidad de las personas; y evitar que las personas en situación de desventaja, inferioridad, vulnerabilidad, o dependencia, puedan ser objeto de abusos o maltrato.

Los principales rasgos en los que coinciden la mayor parte de las investigaciones y estudios realizados, señalan una serie de factores de riesgo provenientes tanto de la persona mayor que lo sufre, como del agresor.

Se considera que no todos los agresores son sujetos patológicos, aunque sí es responsable el agresor de sus propias acciones. Los agresores suelen ser personas “quemadas”, que no pueden con la situación, que no saben encargarse del anciano de otra manera, y que no tienen o que no conocen los recursos para afrontar la situación, por lo que se deberían destinar mas recursos y formación, pues los cuidadores son personas cada vez más mayores

La violencia sobre los mayores se extiende a todas las capas de la sociedad, encontrándose en el medio institucional y principalmente en el familiar, ejerciendo un impacto negativo sobre la salud, y contribuyendo a incrementar las disfunciones en personas mayores.

Se debe hacer del envejecimiento una experiencia positiva, participando en cuestiones sociales, económicas, culturales, etc. y que suponga en sí misma un elemento de prevención y protección frente a los abusos o comportamientos inadecuados.

Extremadura dispone de un Teléfono de Atención a la Dependencia y al Mayor que permite que cualquier persona pueda notificar fácilmente un caso de maltrato de personas mayores, además de mantener una base de datos de personas mayores tuteladas desde la Comisión Tutelar de Adultos de Extremadura.

Desde el Gobierno de Extremadura se propugna la elaboración de un Protocolo para la detección precoz de maltrato a las personas mayores, que permita el abordaje de la prevención de este problema.

Violencia de género

De conformidad con la Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre Mujeres y Hombres y contra la Violencia de Género en Extremadura (LIVGEX), se entiende por violencia de género la que como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia.

La Comisión Permanente para la Prevención y Erradicación de la Violencia de Género es el organismo de coordinación institucional para impulsar, supervisar y evaluar las actuaciones en el abordaje de la violencia de género en Extremadura. Entre sus objetivos se encuentran: el de crear las líneas generales en el trabajo con víctimas de la violencia de género; unificar criterios en todos los colectivos implicados; buscar soluciones conjuntas y coordinadas a la violencia; y establecer pautas de actuación.

Esta Comisión elaboró un Protocolo Interdepartamental que coordina las acciones de las distintas instituciones implicadas, desarrollando una serie de pautas a seguir por los diversos agentes que intervienen en una situación de violencia contra la mujer, y que aseguren una respuesta eficaz, rápida y homogénea, estableciendo cinco itinerarios: 1. Información, Detección y Asesoramiento; 2. Itinerario de Emergencia; 3. Itinerario de Atención a Mujeres Víctimas de Malos Tratos; 4. Itinerario Complementario; 5. Itinerario de Formación y Sensibilización.

El Instituto de la Mujer de Extremadura (IMEX), es presentado en la Ley de Igualdad entre Mujeres y Hombres y contra la Violencia de Género en Extremadura, como organismo vertebrador para luchar contra la violencia de género y su objetivo último es la eliminación de cualquier forma de discriminación de las mujeres y la remoción de obstáculos que impidan su plenitud de hecho y de derecho.

La normativa autonómica ha propugnado la creación en Extremadura de:

- La Red Extremeña de Atención a las Víctimas de Violencia de Género, que tiene como función garantizar los Servicios de Emergencias; la Atención Especializada a las Víctimas; la atención a los hijos e hijas de las mujeres víctimas de violencia de género y a las menores víctimas de dicha violencia, y como servicio complementario, la reeducación de agresores. Dispone de los siguientes recursos: Dispositivos de Acogida de Urgencia y de Larga Estancia; Oficina de Asistencia Integral; Puntos de Atención Psicológica; Centros Integrales de Recuperación

- El Centro de Estudios de Género que pretende impulsar la investigación básica y aplicada, sobre igualdad entre mujeres y hombres y violencia de género en los ámbitos universitario y especializado, así desarrollará su labor en tres áreas: investigación, formación, y documentación.

- La Red de Oficinas de Igualdad y Violencia de Género, cuyas funciones se centran en la sensibilización, información, asesoramiento, promoción y ejecución de actuaciones en materia de igualdad y violencia de género, fomentando la participación, empoderamiento de las mujeres y la integración de la transversalidad de género en todos los ámbitos.

- Unidades para la Igualdad de mujeres y hombres: la Administración extremeña creará en cada una de sus Consejerías u organismos autónomos estas unidades, a la cual se le encomendará la propuesta, ejecución e informe de las actividades de la Consejería en materia de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.

- Planes de Igualdad de Oportunidades de las Mujeres en Extremadura, que incluye medidas específicas de prevención y atención a la violencia de género.

- Protocolo de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género y Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia de Género en Extremadura, siendo la Dirección General de Salud Pública del SES el representante en la Comisión contra la violencia de género del SNS.

La LIVGEX, en su artículo 89, contempla la elaboración de un Plan para la Sensibilización, Prevención y Erradicación de la Violencia de Género, como instrumento de planificación aprobado por el Gobierno de Extremadura, que especificará el conjunto de objetivos y medidas para erradicar la violencia de género y establecerá, de forma coordinada, global y participativa, las líneas de intervención y las directrices que deben orientar la actividad de los poderes públicos en Extremadura.

Desde el Plan de Salud 2013-2020 se pretende colaborar para hacer efectiva la LIVGEX, por lo que, tal como se establece en su artículo 21, se ha incorporado la perspectiva de género en su elaboración.

Violencia Comunitaria:

Violencia escolar o Bullying

La violencia escolar (también conocida como acoso escolar, *bullying*, hostigamiento escolar o matonaje escolar) es la intimidación y el maltrato entre escolares de forma repetida y mantenida en el tiempo, casi siempre lejos de la mirada de personas adultas, con la intención de humillar y someter abusivamente a una persona indefensa por parte de una persona acosadora o de un grupo mediante agresiones físicas, verbales y sociales con la consecuencia de temor psicológico y rechazo grupal.

El informe sobre Convivencia Escolar de Extremadura, del año 2011, emitido por el Observatorio para la Convivencia Escolar de Extremadura, indica que el nivel de conflictividad “grave” no supera el 2%.

A pesar de existir diversos recursos para que una persona en edad escolar pueda recurrir en caso de que se sienta acosado en su escuela, muchas veces, por miedo o vergüenza no lo hace. A través del Portal Educativo Extremeño existe un buzón de correo, que permite denunciar la situación con pleno anonimato, para que resulte más fácil dar el primer paso.

Un tipo de acoso escolar que está aumentando, es el ciberbullying -uso de los medios telemáticos (Internet, telefonía móvil y videojuegos online principalmente)- para ejercer el acoso psicológico entre iguales.

El estudio "Juventud y Violencia", de la Fundación Pfizer (2010), revela que el 11,6% de los adolescentes españoles de entre 12 y 18 años ha sufrido maltrato psicológico a través de la Red y un 8,1% lo ha sufrido a través del móvil.

Para reducir la incidencia de violencia escolar, se elaboró en 2007 el "Plan Regional de la Convivencia Escolar en Extremadura" que se sigue desarrollando en la actualidad, y cuya evaluación y seguimiento corresponde al Observatorio para la Convivencia Escolar en Extremadura.

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

Objetivo 6.- Desarrollar y realizar el seguimiento y la evaluación de estrategias para la prevención y actuación ante: La violencia de género; El maltrato en menores, jóvenes y ancianos; El acoso escolar; y el fomento de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, durante el periodo de vigencia del Plan de Salud.

Responsables:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección General de Política Social y Familia: Servicio de Familias, Infancia y Adolescencia de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SEPAD
- Dirección General del Instituto de la Mujer de Extremadura
- Secretaría General de Educación de la Consejería de Educación y Cultura
- Instituto de la Juventud de Extremadura
- Delegación del Gobierno en la Comunidad Autónoma de Extremadura

Criterios de Evaluación:

- Resultados del seguimiento y/o evaluación, de los planes, servicios y estrategias desarrollados, para la prevención y actuación ante los tipos de violencia priorizados en el Plan de Salud de Extremadura

Líneas de Actuación:

6.1.- Actualización si procede, potenciación, desarrollo y evaluación del Servicio 734 -Prevención de malos tratos- de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SES.

Responsable:
- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**

Evaluación:
- Continuidad del Servicio "prevención de malos tratos" de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SES.
- Disponibilidad de datos de evaluación del Servicio "prevención de malos tratos" de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SES

6.2.- Consolidación y seguimiento del Registro Unificado de Maltrato Infantil, e impulso del Sistema de Detección y Notificación de casos a través de las Hojas de Notificación.

Responsable:
- **Dirección General de Política Social y Familia de la CSyPS**
- Servicio de Familias, Infancia y Adolescencia de la CSyPS

Evaluación:
- Disponibilidad del informe de evaluación del Registro Unificado de Maltrato Infantil

6.3.- Creación y desarrollo del Observatorio Permanente de la Familia y de la Infancia de Extremadura.

Responsable:
- **Dirección General de Política Social y Familia de la CSyPS**
- Servicio de Familias, Infancia y Adolescencia de la CSyPS

Evaluación:
- Existencia del Observatorio Permanente de la Familia y de la Infancia de Extremadura
- Disponibilidad del informe de actividad del Observatorio Permanente de la Familia y de la Infancia de Extremadura

6.4.- Elaboración, seguimiento y evaluación de un Protocolo para la detección precoz de maltrato a las personas mayores, tanto en el ámbito social como en el sanitario.

Responsable:
- **Dirección Gerencia del SEPAD**
- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**

Evaluación:
- Disponibilidad de un Protocolo de detección precoz de maltrato a las personas mayores
- Disponibilidad del informe de resultados de Seguimiento y evaluación del Protocolo de detección precoz de maltrato a las personas mayores

6.5.- Creación, consolidación y seguimiento del Registro unificado de mayores maltratados.

Responsable:
- **Dirección Gerencia del SEPAD**

Evaluación:
- Disponibilidad del Registro unificado de mayores maltratados
- Disponibilidad del informe de seguimiento del Registro unificado de mayores maltratados

6.6.- Elaboración, implantación, seguimiento y evaluación del Plan para la Sensibilización, Prevención y Erradicación de la Violencia de Género.

Responsable:
- **Dirección General del Instituto de la Mujer de Extremadura**

Evaluación:
- Disponibilidad del Plan para la Sensibilización, Prevención y Erradicación de la Violencia de Género de Extremadura y grado de implantación del mismo
- Disponibilidad del informe de evaluación del Plan para la Sensibilización, Prevención y Erradicación de la Violencia de Género de Extremadura

6.7.- Revisión y/o actualización del Protocolo Interdepartamental para la Erradicación y Prevención de la Violencia de Género de Extremadura, incluyendo en él, medidas de mejora para asegurar el traslado de información (estadísticas y otras), entre las distintas unidades y administraciones implicadas en dicho protocolo.

Responsables:
- **Dirección General del Instituto de la Mujer de Extremadura**
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección gerencia del SEPAD
- Delegación del Gobierno en la Comunidad Autónoma de Extremadura

Evaluación:
- Revisiones y/o actualizaciones realizadas, del Protocolo Interdepartamental para la Erradicación y Prevención de la Violencia de Género de Extremadura
- Medidas incluidas el Protocolo Interdepartamental para la Erradicación y Prevención de la Violencia de Género de Extremadura, para la mejora en el traslado de información, entre las distintas unidades implicadas en dicho protocolo
- Disponibilidad de un informe de seguimiento del Protocolo Interdepartamental para la Erradicación y Prevención de la Violencia de Género

6.8.- Desarrollo del Protocolo de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género de Extremadura y del Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia de Género en Extremadura.

Responsables:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Subdirección de Epidemiología del SES
- Dirección General del Instituto de la Mujer de Extremadura

Evaluación:

- Disponibilidad, y grado de implantación en los centros sanitarios, del Protocolo de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, y del Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia de Género en Extremadura
- Nº de mujeres víctimas de la violencia de género, atendidas en el ámbito sanitario, registradas en la Red de Vigilancia Epidemiológica de Extremadura
- Disponibilidad del informe de resultados de seguimiento y/o evaluación del Protocolo de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, y del Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia de Género en Extremadura

6.9.- Desarrollo, seguimiento y evaluación del Plan Regional de la Convivencia Escolar en Extremadura.

Responsables:

- **Secretaría General de Educación, de la Consejería de Educación y Cultura**

Evaluación:

- Disponibilidad del informe de resultados de evaluación del Plan Regional de la Convivencia Escolar en Extremadura
- Nº de casos de violencia escolar registrados

6.10.- Desarrollo del Observatorio para la Convivencia Escolar de Extremadura.

Responsables:

- **Secretaría General de Educación, de la Consejería de Educación y Cultura**

Evaluación:

- Disponibilidad del informe de actividad del Observatorio para la Convivencia Escolar de Extremadura

6.11.- Implantación, seguimiento y evaluación del V Plan de Juventud de Extremadura 2013-2016, mediante el desarrollo de las medidas relacionadas con la prevención y erradicación de la violencia en jóvenes, incorporadas de manera transversal en los focos de interés que lo articulan, así como continuación de las estrategias, en función de la valoración global del Plan, a la finalización de su período de vigencia.

Responsable:

- **Instituto de la Juventud de Extremadura**

Evaluación:

- Existencia de un sistema de seguimiento y evaluación del desarrollo de las medidas incluidas en el V Plan de Juventud
- Disponibilidad de una publicación anual de la memoria de actividades, resultados y proceso de mejora
- Disponibilidad de la valoración global del cumplimiento de los objetivos relacionados con la prevención y erradicación de la violencia, incluidos en el V Plan de juventud
- Continuación de la programación estratégica de medidas relacionadas con la prevención y erradicación de la violencia, a la finalización del V Plan de Juventud

7.- ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS. EPOC

El conjunto de enfermedades respiratorias abarca un amplio abanico de enfermedades que incluye las enfermedades respiratorias agudas y crónicas.

Las enfermedades respiratorias crónicas se caracterizan por una elevada prevalencia con tendencia a aumentar, debido a varios factores, como son : el consumo de tabaco; el elevado y progresivo envejecimiento de la población (especialmente en Extremadura, mientras que a nivel nacional supone un aumento del 6%, en Extremadura el incremento es del 20%); y distintos factores ambientales. Dentro de las enfermedades respiratorias crónicas, se encuentran la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el asma y el síndrome de apnea-hipo apnea durante el sueño:

- **EPOC**

  Por su morbi-mortalidad y su capacidad de producir incapacidad permanente, así como el consumo de recursos sanitarios, la EPOC es la enfermedad respiratoria crónica de mayor repercusión en el sistema sanitario.

  La EPOC es la cuarta causa de morbilidad y mortalidad en el mundo desarrollado, afecta aproximadamente al 10% de población general con edades entre 40 y 69 años.En Extremadura mas de 50.000 personas sufren la enfermedad, siendo el tabaco el factor de riesgo más importante, el abandono del mismo es la más efectiva para reducir el riesgo de padecer la enfermedad. El 90% de la población que padece esta patología, es fumadora, y solo un 10% no lo son, siendo alrededor del 20% de las personas que fuman las que desarrollan la enfermedad.

  Diferentes estudios epidemiológicos, de ámbito nacional, han puesto de manifiesto que en nuestro medio, la prevalencia de EPOC en la población general, con edades comprendidas entre los 40 y 69 años, es del 9,1% y que puede llegar al 40% en el grupo de varones fumadores de más de 30 paquetes-año, y con edades comprendidas entre 60 y 69 años. Además, solo el 22% de los pacientes identificados, habían sido diagnosticados previamente. Así mismo, es un problema de salud publica de gran importancia, ya que esta patología representa aproximadamente el 10% de las consultas de A. P., y el 35-40% de las de neumología; originando un 35% de las incapacidades laborales definitivas, y un 7% de los ingresos hospitalarios. En la escala de morbi-mortalidad la EPOC ocupa el cuarto lugar, en Extremadura representarían unos 360 fallecimientos anuales.

  Desde el punto de vista de gastos de recursos, la mayor parte del coste de la EPOC es debido al gasto hospitalario con un 41%, seguido del gasto farmacéutico con un 36,6%, siendo la gravedad e incapacidad las que más influyen en el coste. El gasto sanitario medio estimado de un paciente desde su diagnostico, hasta el final es aproximadamente de 30.050 euros. El coste asociado a la EPOC supone un 2,5% de los presupuestos de sanidad, un 0,2% del PIB español

  En el futuro se prevé un aumento importante de estas cifras, ya que aproximadamente un tercio de la población española, y de estos entre un 20 y un 25% desarrollan esta enfermedad pulmonar.

  España es el país con el mayor numero de población adolescente fumadora, y que se inician a una edad mas temprana, siendo también uno de los primeros en mujeres fumadoras.

En Extremadura, entre 2009 y 2010, el porcentaje de consumo de tabaco superó la media nacional, a lo que habría que añadir, el progresivo envejecimiento poblacional.

Recientemente se ha constatado, que hasta el 73% de los población que padece esta enfermedad están sin diagnosticar, por lo que en Extremadura habrían más de 30.000 personas enfermas sin diagnosticar, y por lo tanto sin tratar. Existen algunas causas que explican este hecho: algunas personas enfermas piensan que sus síntomas (tos crónica, aumento crónico de la producción de esputos, y la sensación crónica y progresiva de la dificultad para respirar) son normales por el hecho de fumar, en algunos casos el colectivo de profesionales sanitarios de A. P., no están familiarizados con la realización o interpretación de la espirometría, o no disponen de la misma.

El padecimiento de la enfermedad, debe sospecharse en toda persona con patología respiratoria y fumadora, que tiene síntomas de tos, expectoración y/o disnea, debiendo confirmarse mediante espirometría que muestre una relación *"fev1/ féc."* menor del 70% mantenida a lo largo del tiempo. Las personas enfermas deben ser diagnosticadas antes de los estadios finales, cuando la incapacidad es muy importante; Para esto es muy útil concienciar a estas personas y al personal de medicina en el sentido de que la tos, expectoración, y especialmente la disnea, no son síntomas triviales, y ante su presencia debería realizarse un diagnostico apropiado. No hay duda que su " *fev1",* es un excelente marcador de su salud general.

Otras características muy importantes de la población con EPOC, son el aumento de la frecuencia de muerte asociada a cardiopatía isquémica, y el desarrollo de cánceres. Su co-morbilidad con trastornos ansiosos-depresivos, osteoporosis, insuficiencia cardiaca, infecciones respiratorias de repetición, etc. Sin embargo, la EPOC es una enfermedad prevenible, y las medidas preventivas, junto a la rehabilitación, los autocuidados tanto de las personas enfermas, como de familiares de bajo nivel formativo y cultural, juegan un papel importante en el SNS.

- Asma

El asma se caracteriza por una inflamación de las vías respiratorias, asociada a una híper respuesta bronquial, y que produce en mayor o menor grado, obstrucción al flujo aéreo (bronco constricción, tapones mucosos e inflamación), siendo una de las enfermedades crónicas mas frecuentes como causa de morbi-mortalidad a nivel mundial. Se presenta en personas de todas las edades, siendo una patología frecuente en Extremadura, afectando entre el 8 y 12% de la población y adolescente, y al 5% de la población adulta, con tendencia a aumentar en las últimas décadas.

- Síndrome de apnea-hipo apnea durante el sueño

El síndrome de apnea-hipo apnea durante el sueño constituye una enfermedad respiratoria crónica y potencialmente grave. Se caracteriza por un elevado numero de episodios de obstrucción completa, o incompleta, de las vías respiratorias superiores durante el sueño, originando un importante descenso del oxigeno sanguíneo y un sueño fragmentado y poco reparador.

Entre los factores favorecedores destacan, la obesidad, las alteraciones del calibre de las vías aéreas superiores, y las malformaciones maxilofaciales, y como factores agravantes, la ingestión de alcohol o sedantes, y el tabaco; la presencia de un numero patológico de eventos aprecios (con y sin síntomas floridos) afecta al 3 -5% de la población infantil, y al 25% de adultos, aumentando su prevalencia con la edad y la obesidad.

Desde el *Plan de Salud de Extremadura* 2013-2020, se propugna la elaboración y el desarrollo de un plan para el manejo de la EPOC, que integre las estrategias necesarias para reducir la incidencia y la morbi-mortalidad, así como una atención de calidad frente a las principales enfermedades respiratorias, basada en la continuidad asistencial a través de la gestión de procesos, la adecuación de la oferta de Servicios con criterios de equidad y accesibilidad a las necesidades de la población, y al desarrollo tecnológico, considerando lo que es sanitariamente recomendable y económicamente viable, junto con la potenciación de los sistemas de información, de la formación de los profesionales, de la investigación en este ámbito y de la comunicación entre administración sanitaria y sociedades científicas y asociaciones regionales de pacientes.

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

Objetivo 7. – Elaborar, implantar, y realizar el seguimiento y la evaluación del Plan Integral de la EPOC en Extremadura, dando continuidad al mismo, a lo largo del periodo de vigencia del Plan de Salud.

Responsables:
- **Subdirección de Atención Especializada del SES**
- Dirección General de Salud Pública de SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Criterios de Evaluación:
- Grado de implantación y desarrollo del Plan Integral sobre la EPOC en Extremadura, en todas las áreas de salud
- Resultados de seguimiento y evaluación del Plan Integral de EPOC en Extremadura

Líneas de Actuación:

7.1.- Creación del Consejo Asesor sobre EPOC y otras enfermedades respiratorias, de Extremadura.

Responsables:
- **Subdirección de Atención Especializada del SES**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección General de Salud Pública de SES
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Evaluación:
- Existencia del Consejo Asesor sobre la EPOC y otras enfermedades respiratorias de Extremadura
- Número de reuniones y existencia de un informe de actividad del Consejo Asesor sobre EPOC de Extremadura

7.2.- Elaboración del Plan Integral de la EPOC en Extremadura, conforme a la Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud, y los objetivos y líneas estratégicas definidos en "Plan para el manejo de la EPOC en Extremadura", así como implantación del mismo en todas las Áreas de Salud.

Responsables:

- **Subdirección de Atención Especializada del SES**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección General de Salud Pública de SES
- Gerencias de las Áreas de Salud
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Evaluación:

- Disponibilidad del Plan Integral sobre la EPOC en Extremadura, en todas las áreas de salud

7.3.- Desarrollo, seguimiento y evaluación del Plan Integral de la EPOC en Extremadura

Responsables:

- **Subdirección de Atención Especializada del SES**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección General de Salud Pública de SES
- Gerencias de las Áreas de Salud

Evaluación:

- Disponibilidad del informe de resultados de seguimiento y evaluación del Plan Integral de la EPOC en Extremadura

PLAN PARA EL MANEJO DE LA EPOC EN EXTREMADURA

META:
Reducir la incidencia y la morbimortalidad por la EPOC en Extremadura, así como mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes

OBJETIVOS Y ACTUACIONES ESTRATÉGICAS

1. Promover la prevención (primaria y secundaria) de la EPOC, potenciando la disminución del consumo de tabaco entre la población extremeña.
- Aprobación y desarrollo del Plan de Prevención, Tratamiento y Control del Tabaquismo.
- Potenciación de la detección y tratamiento para el control del consumo de tabaco a través de la Cartera de Servicios.
- Vacunación contra la gripe y la neumonía neumocócica a grupos de riesgo, siguiendo los criterios de inclusión de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, recomendados por el Consejo Asesor de Inmunizaciones de Extremadura.

2. Potenciar la detección precoz de la EPOC en atención primaria, confirmando el diagnóstico de sospecha mediante espirometría.
- Adecuación progresiva de recursos humanos y materiales en especial de equipos de espirometría en atención primaria, con disponibilidad para la transmisión telemática de los datos, con criterios de equidad y accesibilidad.
- Promoción de la realización de espirometrías de calidad en atención primaria en base a:
  a) Centros que por recursos y número de pacientes candidatos puedan disponer de personal para la realización de la espirometría de una forma profesionalizada
     - Capacitación progresiva de profesionales sanitarios de atención primaria para la realización e interpretación de espirometrías con criterios de aceptabilidad y reproductibilidad.
  b) Centros que por recursos y número de pacientes candidatos **no** puedan disponer de personal para la realización de la espirometría de una forma profesionalizada
     - Capacitación progresiva de profesionales sanitarios de atención primaria para la interpretación de espirometrías con criterios de aceptabilidad y reproductibilidad.
     - Adecuación de recursos materiales y humanos para la realización remota telemática de la espirometría desde el laboratorio de función pulmonar del hospital al centro de salud correspondiente

3. Promover el adecuado tratamiento y seguimiento de las personas con EPOC, favoreciendo la continuidad asistencial, la equidad, y la accesibilidad de la población enferma, a los recursos necesarios.
- Estructuración e implantación del proceso asistencial de la EPOC en las distintas áreas de salud del SES.
- Elaboración e implantación de los procesos asistenciales en el ámbito de las principales ERC, estableciendo vías de comunicación efectivas entre atención primaria y el segundo nivel asistencial.
- Desarrollo de los recursos asistenciales para conseguir un adecuado tratamiento biopsicosocial y seguimiento de la persona con ERC.
- Fomento de auto-cuidados de la persona con ERC.

4. Mejorar los nuevos sistemas de información y desarrollar las nuevas tecnologías (como la telemedicina) en el ámbito de la EPOC.
- Desarrollo de la aplicabilidad de los nuevos sistemas de información en relación con la EPOC.
- Impulso de la telemedicina entre atención primaria y especializada en el ámbito de la EPOC.
- Desarrollo de una plataforma telemática de atención domiciliaria a pacientes con ingresos repetidos (“frecuentadores”), en coordinación con atención primaria

5. Impulsar la formación y la investigación en EPOC en los colectivos de profesionales del SSPE.
- Desarrollo de la formación continuada en EPOC en profesionales del SSPE, para atender adecuadamente las necesidades de los personas con EPOC, especialmente en el nivel de atención primaria.
- Potenciación de la investigación en EPOC, promoviendo en las convocatorias de proyectos de investigación, la inclusión de líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en EPOC.

8.- ENFERMEDADES ENDOCRINOMETABÓLICAS

Las enfermedades endocrinometabólicas continúan siendo un problema de salud prioritario en Extremadura. La diabetes está presente en un alto porcentaje de la población, debido sobre todo al envejecimiento y al incremento de la obesidad. Las características geológicas del suelo extremeño, hacen que exista una carencia de yodo que, aunque es de grado medio, provoca un trastorno tan importante que es necesario abordarlo como un verdadero problema de salud pública. Y por otro lado, los problemas derivados de la malnutrición hospitalaria continúan retrasando la recuperación de los pacientes afectados, aumentando el número de sus complicaciones e incrementando el número de días de estancia hospitalaria.

Diabetes

La diabetes es un problema de salud primordial, por sus características clínicas y epidemiológicas, que sigue un ritmo creciente en Extremadura tal como queda recogido en la Estrategia en Diabetes del SNS 2012 y en el Plan Integral de Diabetes de Extremadura 2007-2012, en los cuales se establecen las estrategias adecuadas y eficientes para su abordaje inmediato y continuado.

Desde 2003 al 2009, según las distintas Encuestas de Salud realizadas, la prevalencia de diabetes declarada por la población extremeña mayor de 16 años se ha incrementado notablemente, pasando de un 5,9% a un 8,06%.

Recientemente, el estudio Hermex de 2011, ha estimado que la prevalencia de diabetes diagnosticada en población extremeña entre 25-79 años es del 9,6% y de diabetes desconocida del 3,1%. Además, es significativo que un 38% de las personas diagnosticadas y tratadas con fármacos no consigue cumplir criterios de buen control glucémico, y que, por tanto, estén expuestas a una mayor incidencia de complicaciones.

La evaluación del primer Plan Integral de Diabetes, al final de su periodo de vigencia, permitirá conocer los objetivos alcanzados y las áreas de mejora que deberán ser abordadas en un nuevo Plan.

Obesidad

La reducción de la incidencia de la obesidad, como principal factor de riesgo de la diabetes y de las enfermedades cardiovasculares, es uno de los objetivos sanitarios más importantes y perseguidos en los últimos años, pero los datos confirman que continua la tendencia al crecimiento del porcentaje de población que presenta sobrepeso y obesidad, tanto en España como en Extremadura.

Según la Encuesta Europea de Salud 2009, 6 de cada 10 personas extremeñas mayor de 18 años tiene un peso superior al recomendable, y de ellas, cuatro presentan sobrepeso y dos obesidad. Con relación a la población infantil, un avance del estudio nacional ALADINO 2011, muestra que Extremadura presenta cifras muy elevadas de obesidad en niños y niñas, alrededor del 22%, por encima de la media nacional (18,3%).

En la inmensa mayoría de casos, la obesidad está motivada por un inadecuado balance calórico y, por tanto, relacionada con el tipo de alimentación y la actividad física. Por ello, es necesario continuar y potenciar las medidas dirigidas a la promoción de estilos de vida saludables, resultando imprescindible para su implantación exitosa la coordinación interinstitucional y el abordaje desde todas las edades y desde todos los ámbitos, ya sea educativo, laboral, social, sanitario, etcétera.

Trastornos por deficiencia de yodo

En el último informe de la OMS del año 2007, España aparece como un país con una óptima nutrición de yodo, que muy probablemente, debe relacionarse con un aumento del consumo de sal yodada en las últimas décadas. En Extremadura, los programas de prevención iniciados en los años ochenta han contribuido a ello, garantizando el uso de la sal yodada en todos los comedores escolares y la inclusión de las sal yodada en el pan que se consume en las zonas endémicas.

No obstante, y debido a que el consumo de sal yodada es voluntario, obliga a mantener programas de salud pública que garanticen la presencia efectiva de esta sal en el mercado, su correcta yodación y que promuevan su empleo entre la población.

Además, está bien documentada la necesidad de suplementos con yoduro potásico durante el embarazo, ya que los requerimientos de yodo aumentan hasta un 50%, y éstos no se garantizan con lo considerado como ingesta adecuada para una mujer en edad fértil.

También es necesario considerar que numerosos estudios han constatado un deficiente desarrollo psiconeurológico en niños y niñas que nacieron de mujeres que padecieron hipotiroxemia durante el embarazo, tanto secundaria a déficit de yodo como a hipotiroidismo materno. Por ello, es necesario lograr un estado nutricional de yodo y una función tiroidea óptimos en la mujer en el periodo preconcepcional, durante el embarazo y la lactancia.

Teniendo en cuenta lo propugnado por la OMS/UNICEF/ICCIDD se considera que una población ha erradicado la deficiencia de yodo cuando:
* Más del 90% de los hogares consumen habitualmente sal yodada.
* Menos del 50% de la población presenta yodurias inferiores a 100 µg/l.
* Menos del 20% de la población presenta yodurias menores de 50 µg/l.

Actualmente, no existen estudios en Extremadura que determinen el cumplimiento, o no, de estos criterios de erradicación.

Malnutrición hospitalaria

Según el estudio PREDYCES (Prevalencia de la Desnutrición Hospitalaria y Costes Asociados en España) elaborado por la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE) publicado en 2010, el 23% de las personas ingresadas en un hospital español, están en riesgo de desnutrición.

Las personas ingresadas con riesgo de desnutrición tienen una estancia media hospitalaria significativamente superior que las personas ingresadas sin riesgo de desnutrición, por lo que los costes económicos se disparan, sobre todo entre las personas ingresadas que se desnutren durante la estancia hospitalaria respecto a las que no presentan desnutrición en ningún momento.

Es por ello, que incluir un sistema de cribado automático de malnutrición hospitalaria permitiría hacer un diagnóstico precoz del riesgo nutricional y un adecuado abordaje del problema, tal como se recomienda en la Resolución ResAP (2003) sobre Alimentación y Atención Nutricional que aprobó el Comité de Ministros del Consejo de Europa.

Actualmente no existen en ningún centro hospitalario del SSPE estos sistemas de cribado, por lo que prevalece la necesidad de su implantación como herramienta rutinaria en la actividad asistencial.

OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

OBJETIVO 8. -Facilitar la continuidad del abordaje integral de la diabetes mediante la actualización y adaptación de las estrategias del Plan Integral de Diabetes, para frenar la tendencia creciente de esta patología y mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen.

Responsables:
- **Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS**
- Dirección Gerencia de Salud Pública del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud

Criterios de Evaluación:
- Grado de implantación y desarrollo del Plan Integral de Diabetes
- Resultados del informe de seguimiento y evaluación del Plan Integral de Diabetes

Líneas de Actuación:

8.1.- Elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación del Plan de Integral de Diabetes 2013-2018.

Responsables:
- **Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS**
- Dirección Gerencia de Salud Pública del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud

Criterios de Evaluación:
- Disponibilidad del Plan Integral de Diabetes
- Disponibilidad del informe de resultados de seguimiento y evaluación del Plan Integral de Diabetes

8.2.- Impulso del Consejo Asesor sobre Diabetes de Extremadura.

Responsable:
- **Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS**

Evaluación:
- Disponibilidad de Informe de actividad anual del Consejo Asesor sobre Diabetes de Extremadura

OBJETIVO 9. – Elaboración y desarrollo de estrategias para el abordaje integral preventivo y terapéutico de la obesidad.

Responsables:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Criterios de Evaluación:
- Actividades realizadas para el abordaje integral de la obesidad
- Descriptores generales de las campañas de promoción del ejercicio físico y la alimentación saludable para el conjunto de la población
- Grado de implantación y descriptores generales del Programa de Gestión del Tratamiento de la Obesidad Mórbida, común, para el SSPE

Líneas de Actuación:

9.1.- Desarrollo de campañas para la promoción del ejercicio físico y la alimentación saludable para el conjunto de la población.

Responsable:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**

Evaluación:
- Número de Campañas puestas en marcha para la promoción del ejercicio físico y la alimentación saludable para el conjunto de la población
- Disponibilidad de descriptores de las campañas promoción del ejercicio físico y la alimentación saludable para el conjunto de la población

9.2.- Potenciación del Programa "Extremadura en Forma".

Responsables:
- **Dirección General de Deportes de Presidencia del Gobierno de Extremadura**
- Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación:
- Número de municipios con el Programa "Extremadura en Forma" implantado
- Número de participantes en el Programa "Extremadura en Forma".

9.3.- Elaboración, implantación y desarrollo de un Programa de Gestión del Tratamiento de la Obesidad Mórbida, común, para el Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Responsable:
- **Dirección General de Asistencia Sanitaria SES**

Evaluación:
- Disponibilidad del Programa de Gestión del Tratamiento de la Obesidad Mórbida, común, para el SSPE
- Disponibilidad del informe de seguimiento del Programa de Gestión del Tratamiento de la Obesidad Mórbida, común, para el SSPE

OBJETIVO 10. – Potenciar las estrategias necesarias para reducir los trastornos por déficit de yodo, en la población general.

Responsables:
- **Dirección General de Salud Pública de SES**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Criterios de Evaluación:
- Resultados del estudio epidemiológico realizado, para el conocimiento de la situación, de los trastornos por déficit de yodo
- Número de campañas de información, y sus resultados, dirigidas a la población general, y en especial a industrias panaderas, informando sobre alimentos y pautas generales para conseguir un aporte necesario de yodo
- Grado de implantación y desarrollo de actuaciones y/o protocolos, para garantizar el contenido adecuado de yodo en los menús de los comedores escolares de la CAE, y que incidan especialmente en las zonas consideradas endémicas
- Inclusión o no de la determinación de TSH, en "la Consulta preconcepcional y captación de la mujer embarazada"

Líneas de Actuación:

10.1.- Elaboración de un estudio epidemiológico, para conocer la situación actual, con relación a los trastornos por déficit de yodo.

Responsable:
- **Dirección General de Salud Pública de SES**

Evaluación:
- Disponibilidad de un estudio epidemiológico en relación con los trastornos por déficit de Yodo

10.2.- Elaboración e implantación de una campaña de información, dirigida a la población general, y en particular a las industrias panaderas, informando sobre las pautas generales para garantizar el aporte necesario de yodo, incidiendo especialmente en aquellas zonas consideradas endémicas.

Responsable:
- **Dirección General de Salud Pública de SES**

Evaluación:
- Disponibilidad de campaña/s de información, dirigida/s a la población general, y en especial a industrias panaderas, informando sobre alimentos y pautas generales para conseguir un aporte necesario de yodo, incidiendo en zonas consideradas endémicas
- Actividades realizadas para la difusión de las campañas de información de aporte de yodo

10.3.- Garantizar el contenido adecuado de yodo, en los menús de la población escolar extremeña, usuaria de "los comedores escolares", incidiendo especialmente en aquellas zonas consideradas endémicas.

Responsables:
- **Dirección General de Salud Pública de SES**
- Consejería de Educación y Cultura

Evaluación:

- Disponibilidad de resultados de las actuaciones y/o protocolos desarrollados, para garantizar el contenido adecuado de yodo en los menús de los comedores escolares de la CAE, especialmente en las zonas consideradas endémicas

10.4.- Inclusión en la Cartera de Servicios del SES del cribado universal del hipotiroidismo clínico, mediante la determinación de la tirotropina (TSH) en la población gestante, preferiblemente en la consulta preconcepcional o al inicio de la gestación.

Responsables:

- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**

Evaluación:

- Incluida la determinación de TSH, en "la Consulta preconcepcional y captación de la mujer embarazada"

OBJETIVO 11.- Establecer los mecanismos necesarios para abordar y tratar adecuadamente la malnutrición hospitalaria en los hospitales del Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Responsable:

- **Subdirección de Atención Especializada del SES**

Evaluación:

- Existencia de un protocolo de atención a la malnutrición hospitalaria
- Implantación en los hospitales del SSPE de un programa automático de cribado de malnutrición hospitalaria

Líneas de Actuación:

11.1.- Implantación de un Protocolo de Atención a la Malnutrición Hospitalaria único, en todas las Áreas de Salud.

Responsable:

- **Subdirección de Atención Especializada del SES**

Evaluación:

- Disponibilidad de un Protocolo de Atención a la Malnutrición Hospitalaria único, en todas las Áreas de Salud

11.2.- Puesta en funcionamiento de un programa automático de cribado de Malnutrición Hospitalaria, integrado en la historia de salud digital, para los centros hospitalarios.

Responsable:

- **Subdirección de Atención Especializada del SES**
- Subdirección de Sistemas de Información del SES

Evaluación:

- Disponibilidad de un programa automático de cribado de Malnutrición Hospitalaria único, en todas las Áreas de Salud

9.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Actualmente, en el Tercer Mundo, la mayor mortalidad infantil se produce por las enfermedades infecciosas, en situaciones de pobreza; mientras que en el mundo desarrollado, son las enfermedades crónicas las que producen mayor mortalidad.

En Europa, factores ambientales y sociales, resistencias a los antibióticos, envejecimiento de las poblaciones, incremento de la pobreza y las migraciones, los cambios ambientales que favorecen la extensión de artrópodos vectores, las condiciones higiénicas y los estilos de vida, así como el consumo de drogas, han supuesto un incremento de la susceptibilidad frente a las infecciones. Estos factores han condicionado el resurgimiento de determinadas enfermedades infecciosas como la tuberculosis (TBC), la emergencia de otras y el incremento de resistencias a los tratamientos, entre otros problemas. Es por ello, que los esfuerzos mayores en el control de las enfermedades infecciosas, deben recaer sobre sistemas efectivos de prevención, detección, y evaluación de las emergencias.

Según datos del INE, en España, en el año 2010, se produjeron 6.489 defunciones por enfermedades infecciosas y parasitarias, lo que representa el 1,70 % del total de la mortalidad, a escala nacional. Respecto a Extremadura, la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias en el mismo año, supuso el 1,73% de todas las defunciones, con 192 fallecimientos por esta causa.

Consciente de la importancia del problema, el Gobierno de Extremadura lleva a cabo programas de intervención frente a estas enfermedades, como: vacunaciones, vigilancia de la calidad de las aguas de consumo, higiene de los alimentos, control de las zoonosis, educación para la salud, control de accidentes de trabajo relacionados con riesgos biológicos, etc; que sin duda han tenido, y están teniendo, un impacto notable en su control.

Enfermedades Inmunoprevenibles

Las vacunas han supuesto, para las poblaciones, una medida fundamental en la reducción de la incidencia y la morbimortalidad causada por las enfermedades contra las que las protegen, siendo una de las medidas de mayor impacto en beneficios para la salud. Destaca su papel en la erradicación de enfermedades transmisibles a nivel mundial (viruela), y en la desaparición a nivel de un país o una región (difteria, sarampión, poliomielitis), representando una herramienta eficaz y efectiva, siendo necesario conseguir la mayor cobertura vacunal posible en la población, para potenciar sus efectos.

Para Extremadura, sigue siendo un objetivo prioritario la reducción de la morbimortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, mediante la actualización periódica del Calendario de Vacunaciones Sistemáticas, y la aplicación de vacunaciones sistemáticas, de forma universal y gratuita a toda la población. En Extremadura se han venido alcanzando elevadas coberturas vacunales para todas las vacunas y todas las dosis, habiendo superado el 90% en todos los casos en primovacunación y, en su mayoría, el 95%. En las dosis de recuerdo se obtienen coberturas ligeramente más bajas. Esta amplia cobertura vacunal se traduce en un escaso número de casos de enfermedades infecciosas inmunoprevenibles.

La evolución epidemiológica de las enfermedades inmunoprevenibles en Extremadura, podemos resumirla como sigue:

- Tétanos y Difteria: desde el año 1997 sólo se han registrado dos casos de tétanos, uno en el año 2001 y otro en el año 2004, no registrándose caso alguno de difteria.
- Tos ferina: sigue siendo una enfermedad de baja incidencia a pesar del aumento de casos registrados en los últimos años. Así, en el año 2011 se declararon a la Red de Vigilancia Epidemiológica 5 casos nuevos.
- Enfermedad Meningocócica: desde la implantación de la vacuna conjugada, la incidencia de esta enfermedad ha presentado una tendencia claramente descendente, encontrándonos en esta última temporada sólo 4 casos.
- Sarampión: es una enfermedad de baja incidencia, aun así en el año 2011 se registraron 143 casos debido a la aparición de un brote en nuestra comunidad coincidente con un brote a nivel nacional y en población no vacunada.
- Rubéola y Parotiditis: no se han registrado casos de rubéola en estos últimos años. En cuanto a la parotiditis a pesar de la tendencia descendente que muestra esta enfermedad a lo largo de los años, aparece un ligero ascenso de la incidencia en el año 2011, con 101 casos.

VIH/Sida

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es el virus que causa el Sida. Se caracteriza por atacar el sistema inmunitario y por su gran capacidad de mutación, lo que impide que el sistema de defensa sea capaz de vencer la infección a través de la producción de anticuerpos y de la utilización del sistema celular. El Sida representa la etapa más avanzada de la infección por VIH.

Su transmisión se produce principalmente a través de fluidos corporales infectados (sangre, semen, secreciones vaginales), así como a través de la denominada vía vertical, de madre seropositiva al hijo, durante el embarazo, parto o lactancia, ya que la leche materna también transmite la infección.

A nivel mundial, según el último informe de ONUSIDA del año 2011, se estima que en 2011 había unos 34 millones de personas que vivían con VIH o SIDA.

En España, fueron notificados en el mismo año, 2.763 nuevos diagnósticos de VIH, lo que supone una tasa de 84,1 por millón de habitantes, y en Extremadura 58. Con respecto a los casos de SIDA, en 2011, se notificaron 1.038 casos, de los cuales 4 corresponden a los casos notificados en Extremadura.

En España, la transmisión del VIH, tuvo su punto álgido al final de los años 80 e inicio de los 90. Pero a partir del año 1995, se observa un descenso sostenido de la mortalidad y de los diagnósticos de Sida, debido en parte a la aparición de fármacos anterrotrovirales.

Desde 1985 hasta el 31 de octubre de 2011, se han notificado 17.183 nuevas infecciones y 80.827 casos de SIDA, según datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Se estima, además que entre 120.000 y 150.000 personas viven con el VIH, de las cuales, en torno al 30% desconocen estar infectadas.

La Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica de Extremadura, indica que desde el año 2003 hasta el 31 de diciembre de 2011, se han registrado un total de 364 nuevas infecciones por VIH, y 125 casos de SIDA en Extremadura.

En los últimos años, tanto en España como en Extremadura, se está produciendo un cambio en la vía de transmisión, siendo la mayoritaria la sexual (principalmente contactos heterosexuales).

Se han conseguido enormes avances desde que se describieron los primeros casos, pero siguen siendo un reto en el abordaje integral de la infección por VIH. Se deben implantar y reforzar actuaciones efectivas que pongan a disposición de la población el mayor número de recursos posibles, con el fin de fomentar la prevención del VIH/SIDA, contribuyendo a promover hábitos saludables, el acceso a las medidas preventivas, la detección de prácticas de riesgo y modificación de éstas, la lucha contra el estigma y la discriminación, la oferta de la prueba VIH y el acceso a la misma, así como una respuesta eficaz y sostenible frente al VIH dirigida al paciente y su entorno, actuando desde la prevención, el diagnóstico y tratamiento precoz, hasta medidas de reinserción y reincorporación, si fueran necesarias.

Hepatitis Víricas

La importancia sanitaria, social y económica de estas infecciones viene determinada por varios factores: representan la principal causa de enfermedad hepática aguda y crónica; afectan con mayor frecuencia a la población en los primeros años de vida (infancia), aunque también a otras etapas (adolescencia, juventud, madurez), sin olvidarnos de aquellas poblaciones especialmente vulnerables; algunas de ellas (hepatitis B, C y D) pueden evolucionar a la cronicidad y se asocian en ocasiones a la aparición de cáncer primario de hígado; los costes que se producen derivados del absentismo laboral, de la hospitalización y tratamiento son importantes.

Se conocen diversos tipos de hepatitis víricas en relación con los virus hepatotropos conocidos. Las principales son la hepatitis A, B, C, D y E. El control y prevención de estas infecciones incluye un conjunto de actuaciones llevadas a cabo sobre los diferentes componentes de la cadena de transmisión: diagnóstico y tratamiento precoz de los individuos enfermos y portadores; educación para la salud sobre medidas de control y de higiene personal a los portadores y sus contactos, así como a todas las personas con riesgo de infectarse; administración de vacunas, siendo ésta en el caso de la hepatitis B una de las principales estrategias para su prevención y control. Además, la vigilancia epidemiológica y los sistemas de registro resultan fundamentales en el control de la transmisión.

Los mecanismos de transmisión y las situaciones de riesgo elevado de contraer hepatitis víricas son: transmisión del virus de la hepatitis A por una higiene deficiente; epidemias que se propagan a través del agua y de los alimentos; ingestión de mariscos crudos contaminados; contactos de persona a persona.

En el caso del virus de la hepatitis B (VHB) las vías de transmisión más importantes en la actualidad son la parenteral y la sexual. El virus de la hepatitis B puede producir hepatitis crónica, cirrosis hepática y cáncer de hígado.

La hepatitis D se manifiesta únicamente como una coinfección con la hepatitis B, ya que el virus de la hepatitis D precisa del VHB para producir infección. En España afecta casi exclusivamente a usuarios de drogas por vía parenteral.

En Extremadura, el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) incluye las categorías de hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C y otras.

En relación a la hepatitis A, a partir del año 2004 se advierte un aumento en el número de casos, destacando tres brotes ocurridos en 2005 y otro en 2007. En 2011 se notificaron 18 casos de hepatitis A. La incidencia fue de 1,70 casos por 100.000 habitantes, suponiendo un aumento con respecto al año anterior, aun así la tendencia a lo largo de los últimos 5 años es descendente.

El número de casos de la hepatitis B se ha mantenido estable en el periodo 2000-2005, observándose un ligero incremento a partir de entonces (años 2006 y 2007). En 2011 se notificaron 23 casos de hepatitis B. La incidencia fue de 1,75 casos por 100.000 habitantes. Aunque se ha producido un ascenso de la incidencia con respecto al año anterior se mantiene la tendencia descendente de los últimos 5 años.

La infección por el virus de la hepatitis C, es la más prevalente actualmente en los países desarrollados. Los dos factores de riesgo más frecuentes son el uso de drogas por vía parenteral y la vía sexual. Es causa de la mayor parte de hepatitis crónicas, cirrosis hepáticas y carcinomas hepáticos. En el año 2011 se han registrado 14 casos nuevos de hepatitis C, manteniéndose la tendencia descendente de los últimos años.

Infecciones de Transmisión Sexual

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), se adquieren principalmente a través del contacto sexual. La uretritis inespecífica, la tricomoniasis, las infecciones por Chlamydia, el herpes y las verrugas genitales y anorrectales, así como, la pediculosis del pubis y el *molluscum contagiosum*, son probablemente más frecuentes que las cinco enfermedades venéreas definidas históricamente: sífilis, gonorrea, chancro blando, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal.

Afectan a hombres y mujeres de todas las edades, niveles económicos, sociales y culturales, principalmente a personas con múltiples relaciones sexuales no protegidas, personas que ejercen la prostitución y usuarios/as de drogas.

Los problemas de salud causados por las ITS, tienden a ser más graves para las mujeres que para los hombres. Una mujer embarazada puede transmitir la infección a su recién nacido en el momento del parto (Chlamydia, VIH, sífilis, etc.).

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) se transmite a través del contacto sexual. Este virus vive solamente en el tejido genital. Los tipos denominados “de bajo riesgo” (para producir cáncer) causan verrugas genitales: fundamentalmente los tipos 6 y 11. Los tipos denominados “de alto riesgo” causan cáncer de cuello de útero y otros cánceres genitales: principalmente los tipos 16 y 18.

Desde el año 2007, está en funcionamiento el Sistema Centinela de ITS en Extremadura, basado en la recogida sistemática y periódica de información clínica de pacientes diagnosticadas de ITS en los Centros de Orientación Familiar (COF), siendo su objetivo la vigilancia e investigación epidemiológica de estas patologías. El número de casos notificados durante 2007 fue de 369, con una tasa de incidencia acumulada de 158,25 por 100.000 habitantes. La ITS más frecuente en este año fue la infección por VPH, seguida de cervicitis y de la infección por trichomonas. El número de casos notificados durante el año 2011 fue de 338, siendo la ITS más incidente las infecciones por HPV.

La prevención es la mejor herramienta para conseguir la reducción o eliminación de las ITS. Se debe evitar la exposición y hacer un diagnóstico precoz y tratamiento eficaz de las personas infectadas.

Tuberculosis

La tuberculosis constituye una pandemia que exige tomar medidas urgentes y efectivas en todo el planeta. Aunque se la asocia sobre todo con los países pobres, está presente en cualquier país del mundo, pudiendo afectar a cualquier persona, aunque existen colectivos que presentan una mayor incidencia: pacientes infectados por VIH y otros inmunodeprimidos, indigentes, usuarios de drogas, personas privadas de libertad, cooperantes, etc.

En España, en el año 2007, la tasa era 13,81 casos por cada 100.000 habitantes y año. Cada año se producen entre 14.000 y 16.000 nuevos casos. En el año 2011, la tasa era 11,23 casos por cada 100.000 habitantes y año. En Extremadura, la incidencia de tuberculosis comenzó a descender a partir del año 1998, manteniéndose estable desde el año 2000 hasta la actualidad. El número de casos ha mantenido una línea constante, alrededor siempre de los 130 casos anuales, presentando en el año 2007 una tasa de 11,25 casos por 100.000 habitantes.

En 2011 la tasa de incidencia acumulada anual de tuberculosis respiratoria, fue de 8.41 casos por 100.000 habitantes (89 casos), aumentando ligeramente con respecto al año anterior pero siguiendo con la tendencia descendente de los últimos años.

Otros Aspectos sobre Enfermedades Infecciosas:

Infecciones nosocomiales

De especial importancia son las infecciones nosocomiales, definidas como aquellas que se presentan en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud, en quien la infección no se había manifestado, ni estaba en período de incubación en el momento del internamiento (OMS).

En España la prevalencia de infecciones nosocomiales según datos del EPINE, referidas al año 2011, es de 7,11 y la prevalencia de infectados es de 6,28.

Encefalopatía espongiforme de transmisión humana

Las encefalopatías espongiformes transmisibles, o enfermedades por priones, son un grupo de enfermedades neurodegenerativas, que afectan tanto a humanos como a animales.

Una de ellas, la Encefalopatía Espongiforme Bovina (EEB) o “Enfermedad de las vacas locas”, trae aparejado un gran problema de salud pública, debido a que puede ser transmitida a los seres humanos. Esta nueva enfermedad humana producida por priones, y denominada variante de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (vECJ), tiene un periodo de incubación en humanos, desde la transmisión, se estima que es de entre 5 y 10 años hasta la aparición del cuadro clínico, que se caracteriza por demencia de rápida evolución, con un promedio de duración de 8 meses, y que termina invariablemente con la muerte. Es por ello, estas enfermedades son objeto de una especial atención en cuanto a su detección, seguimiento e investigación, tanto a nivel nacional como internacional. En España, en el año 2011, se notificaron al Registro Nacional 96 casos y en Extremadura 1.

Enfermedades importadas

Son las adquiridas en un país dónde son más o menos frecuentes y que se manifiestan clínicamente en otro donde no existen o son muy infrecuentes. En los últimos años, han adquirido una mayor relevancia, debido fundamentalmente al aumento de los viajes intercontinentales, y al asentamiento creciente en algunas áreas de nuestro país de inmigrantes que proceden de zonas endémicas.

Destacamos la malaria, el dengue, las filaríais o la esquistosomiasis. También aparecen casos de enfermedades que, si bien son importadas, su distribución es mundial, como ocurre con la infección por VIH, la tuberculosis y la hepatitis B.

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

Objetivo 12.– Fomentar el control de las enfermedades infecciosas en Extremadura, a través de todas las medidas necesarias disponibles, especialmente mediante las vacunaciones y el control y prevención de infecciones por VIH-Sida, tuberculosis, hepatitis víricas e infecciones de transmisión sexual.

Responsables:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Evaluación:
- Evolución del grado de cobertura del Calendario de Vacunaciones Sistemáticas Infantiles de la CAE
- Resultados de seguimiento y evaluación del Plan de Acción sobre el VIH/Sida en Extremadura
- Resultados de seguimiento y evaluación del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en Extremadura
- Resultados de seguimiento y evaluación del Programa de Prevención, Diagnóstico y Control de las ITS en Extremadura
- Evolución del número de brotes de hepatitis A

Líneas de Actuación:

Enfermedades inmunoprevenibles:

12.1.- Actualización periódica del Calendario de Vacunaciones de la Comunidad Autónoma de Extremadura, según los acuerdos alcanzados en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, en coordinación del resto de CCAA del SNS.

Responsables:
- **Subdirección de Epidemiología del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Evaluación:
- Reuniones del Consejo Asesor de Inmunizaciones de Extremadura
- Coincidencias del Calendario de Vacunaciones Sistemáticas Infantiles de la CAE, en relación con el Calendario de Vacunaciones del SNS
- Nº de actualizaciones/revisiones realizadas en relación al actual calendario de vacunaciones

12.2.- Mantenimiento y promoción de la administración y registro de las vacunas sistemáticas, tanto en población general como en grupos de riesgo en los centros sanitarios de la CAE, con el fin de garantizar la cobertura universal y gratuita.

Responsables:
- **Subdirección de Epidemiología del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud

Evaluación:
- Porcentaje de dosis/ vacunas sistemáticas administradas
- Coberturas vacunales alcanzadas del Calendario de Vacunaciones Sistémicas

12.3.- Mantenimiento y promoción de las campañas anuales de vacunación antigripal dirigidas a la población de riesgo.

Responsables:
- **Subdirección de Epidemiología del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud

Evaluación:
- Cobertura de vacunación antigripal en la población de riesgo
- Cobertura de vacunación antigripal en personas de 60 años y mayores

12.4.- Mantenimiento y mejora de las actividades de información general a la población, y formación continuada de los profesionales en inmunizaciones, y en enfermedades infecciosas.

Responsables:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud

Evaluación:
- Actividades informativas realizadas sobre vacunaciones y prevención de enfermedades infecciosas
- Nº de circulares técnicas de apoyo emitidas para los profesionales, sobre diversos aspectos de las vacunas, por año
- Existencia y distribución de materiales educativos y divulgativos de Educación para la Salud sobre la prevención y tratamiento de estas enfermedades
- Nº de actividades de formación continuada dirigidas a profesionales, sobre vacunaciones y prevención de enfermedades infecciosas; y nº de actividades formativas realizadas, por áreas de salud

VIH-Sida:

12.5.- Implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación del Plan de Acción sobre el VIH/Sida en Extremadura 2012-2015, dando continuidad al mismo, una vez finalizado su periodo de vigencia.

Responsables:
- **Servicio de Participación Comunitaria en Salud del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Gerencia de las Áreas de Salud
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Evaluación:
- Disponibilidad y grado de implantación del Plan de Acción sobre el VIH/SIDA
- Disponibilidad del informe de resultados de seguimiento y evaluación del Plan de Acción sobre el VIH/SIDA

12.6.- Prevención de la infección por el VIH en Extremadura, fomentando la promoción de la salud a través de campañas y acciones formativas e informativas.

Responsables:
- **Servicio de Participación Comunitaria en Salud del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Gerencia de las Áreas de Salud del SES
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Evaluación:
- Campañas llevadas a cabo, relacionadas con la prevención de la infección por VIH llevadas a cabo
- Acciones de promoción de la salud formativas e informativas realizadas, en relación con la infección por VIH
- Nº de preservativos y kits antisida distribuidos
- Nº de pruebas para la detección de VIH realizadas

12.7.- Fomento de una atención integral de calidad a las personas con VIH-SIDA, optimizando los recursos, desde el diagnóstico precoz, el tratamiento, seguimiento y reinserción sociosanitaria, en todos los casos que sea necesario.

Responsables:
- **Servicio de Participación Comunitaria en Salud del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Gerencia de las Áreas de Salud del SES
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SEPAD

Evaluación:
- Campañas llevadas a cabo sobre profilaxis postexposición y diagnóstico precoz de VIH-Sida
- Acciones formativas sobre profilaxis postexposición y diagnóstico precoz de VIH-Sida
- Nº de tratamientos antirretrovirales administrados en personas con VIH-Sida
- Nº de pacientes intervenidos de lipodistrofia
- Nº de parejas serodiscordantes sometidas a técnicas de reproducción asistida
- Nº de pacientes VIH sometidos a trasplante hepático
- Nº de subvenciones, convenios de colaboración y otras actuaciones dirigidas a la reinserción sociosanitaria de las personas con VIH-SIDA

12.8. Coordinación y cooperación entre las diferentes estructuras sanitarias y sociales que trabajan en el ámbito del VIH en Extremadura.

Responsables:
- **Servicio de Participación Comunitaria en Salud del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección General de Política Social y Familia de la CSyPS
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SEPAD

Evaluación:
- Reuniones mantenidas entre las diferentes estructuras que trabajan en el ámbito del VIH
- Acciones llevadas a cabo en coordinación entre las diferentes estructuras que trabajan en el ámbito del VIH
- Nº de declaraciones al Sistema de Información de Nuevas Infecciones por VIH
- Nº de declaraciones al Registro de casos de SIDA

Tuberculosis:

12.9.- Implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en Extremadura.

Responsables:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Evaluación:
- Disponibilidad y grado de implantación, del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en Extremadura
- Disponibilidad del informe de seguimiento y evaluación del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en Extremadura

Hepatitis víricas:

12.10.- Vigilancia de la evolución de la incidencia de hepatitis A, B y C, e instauración de las medidas adicionales necesarias para su control, en caso necesario.

Responsables:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Subdirección de Epidemiología del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud del SES
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Evaluación:
- Nº de brotes de hepatitis A
- Incidencia de las hepatitis A, B y C
- Medidas adicionales instauradas para el control de la incidencia de hepatitis

Infecciones de Transmisión Sexual:

12.11.- Elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación de un Programa de prevención, diagnóstico, y control de las infecciones de transmisión sexual en Extremadura.

Responsables:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Subdirección de Epidemiología del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud del SES
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Evaluación:
- Disponibilidad y grado de implantación del programa de prevención, diagnóstico y control de la ITS en Extremadura
- Disponibilidad del informe de seguimiento y evaluación del Programa de prevención, diagnóstico y control de las ITS en Extremadura

12.12.- Potenciación del Sistema Centinela de ITS, fomentando la vigilancia epidemiológica, especialmente para el VPH, en sus distintas manifestaciones o en las formas sintomáticas detectadas en la citología.

Responsables:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Subdirección de Epidemiología del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud del SES
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Evaluación:
- Cobertura por el Sistema Centinela de la vigilancia epidemiológica de ITS
- Nº de notificaciones anuales recogidas por el Sistema Centinela en relación con las ITS
- Nº de detecciones de VPH realizadas en citologías sin displasia

Otras acciones en enfermedades infecciosas:

12.13.- Apoyo y desarrollo de actuaciones, registros de casos, guías de actuación y/o programas que tengan como objetivo la prevención de las infecciones nosocomiales, y en especial aquellos que se elaboren y ejecuten conjuntamente con las unidades relacionadas con el II Plan Marco de Calidad del SSPE, Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del SES.

Responsables:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud del SES
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Evaluación:
- Actividades, registros de casos, guías de actuación y/o programas desarrollados, para la prevención de infecciones nosocomiales

12.14.- Creación de una Unidad de Referencia, para enfermedades infecciosas tropicales e importadas, de Extremadura.

Responsables:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Dirección Gerencia del SES

Evaluación:

- Creación y funcionamiento de la Unidad de Referencia en enfermedades infecciosas tropicales e importadas, de Extremadura
- Disponibilidad del informe anual de actividad de la Unidad de Referencia en enfermedades infecciosas tropicales e importadas

10. ENFERMEDADES RARAS

Existe un grupo de enfermedades “minoritarias”, de baja prevalencia (menor de cinco casos por 10.000 habitantes de forma global), de carácter crónico y discapacitante, escasa información de la etiopatogenia de la enfermedad y/o necesidad de al menos un medicamento huérfano para su tratamiento y que comportan un aumento de la morbi-mortalidad, conocidas bajo la denominación de enfermedades raras (ER).

A pesar de su gran diversidad, estas patologías presentan una serie de características comunes:

-Son enfermedades mal conocidas, lo que origina falta de información adecuada a las personas que las padecen y sus familias, y retrasos en el diagnóstico.

-Existe una importante falta de sensibilización social respecto a estas patologías por el desconocimiento que hay en torno a ellas.

-En el 50% de los casos en los que se diagnostica una ER el pronóstico vital está en riesgo.

-Un 80% son de origen genético y la mayoría se inician en la edad pediátrica.

-El 65% de las patologías son graves, altamente discapacitantes, afectan a la autonomía de las personas que las padecen e implican un déficit motor, sensorial o intelectual en la mitad de los casos.

- Existe una gran dificultad para realizar estudios epidemiológicos, diagnósticos clínicos, terapéuticos y cualitativos.

-Se requiere una estrecha coordinación entre la atención primaria y la atención hospitalaria.

-Necesitan de medidas que atiendan sus necesidades especiales en materia educativa, laboral y social, por lo que suponen un alto coste socio-sanitario para los sistemas de salud, nacional y autonómicos.

En su inmensa mayoría, carecen de tratamiento curativo, por ello el objetivo primordial de las administraciones públicas y del conjunto de la sociedad, se dirige a aumentar la calidad de vida de las personas que las padecen, para lo que se hace necesario aunar esfuerzos y disponer de una visión de conjunto de los problemas comunes a la gran mayoría de estos cuadros, las personas afectadas y sus familias.

La alta complejidad y la baja prevalencia de estas enfermedades puede conducir a que las personas afectadas no se beneficien de los recursos y servicios sanitarios que necesitan, siendo preciso que se traten desde un enfoque global, con una estrecha y efectiva coordinación de las actuaciones entre los distintos recursos y niveles de atención; así como una cooperación entre CCAA o a nivel estatal, en el tratamiento y en la investigación de las mismas.

La Comisión Europea estima que existen entre 5.000 y 8.000 enfermedades raras diferentes, que afectan aproximadamente al 6%-8% de la población, es decir, entre 27 y 36 millones de personas en la Unión Europea y entre 2,5 y 3 millones de personas en España y en Extremadura entre 60.000 y 80.000 afectados.

En Extremadura, las ER son un importante problema de salud pública que producen una gran morbilidad y mortalidad prematura, además de un alto grado de discapacidad y, por tanto, un deterioro significativo de la calidad de vida de las personas afectadas y sus familiares.

Desde el año 2004, se dispone de un Sistema de Información sobre Enfermedades Raras en Extremadura, con el objetivo de valorar la dimensión de estas enfermedades mediante el conocimiento de su prevalencia en nuestra Comunidad, así como el desarrollo de estudios epidemiológicos tomando como base la información existente en dicho sistema. No obstante, debe reconocerse que no existe una información completa sobre el número de personas afectadas, tendencias temporales y evolución de las ER con ámbito de Comunidad Autónoma.

A fecha de febrero de 2013 figuran registrados en el Sistema de Información de Enfermedades Raras de Extremadura 3.033 casos de enfermedades raras (recogidos desde el año 2005, incluyendo sospechosos y confirmados). En total, 2.736 notificaciones al registro si quitamos los casos que han fallecido y aquellos que se van a otras CCAA. De éstos, el 52,38% son mujeres y el 46,86% son hombres (en un 0,77% se desconoce el sexo), por lo tanto, son más incidentes en las mujeres.

Atendiendo al grupo de enfermedad (según la clasificación CIE-9), el mayor número de casos se da en el grupo de anomalías o malformaciones congénitas, seguido de las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos y del de enfermedades endocrino-metabólicas y trastornos de la inmunidad. Las diez enfermedades más frecuentes, de mayor a menor, son el lupus eritematoso sistémico, la enfermedad de Charcot Marie Tooth, síndrome de Enlers Danlos, nefropatía por Ig A, neurofibromatosis tipo I, esclerosis lateral amniotrófica, enfermedad de Steinert, aciduria beta-amino-isobutírica, miastenia gravis y microcefalia.

Desde hace años, en Extremadura se llevan a cabo acciones encaminadas al conocimiento y la superación de las necesidades de los afectados por enfermedades raras. Se han desarrollado campañas informativas, a nivel regional, sobre ER en colaboración con las asociaciones de pacientes y familiares con objeto de informar y sensibilizar a la sociedad extremeña en general y a los profesionales de los ámbitos sanitario, educativo y social sobre la existencia de las mismas, su impacto en la vida de los afectados, las asociaciones de pacientes que trabajan en Extremadura y la necesidad del esfuerzo conjunto para luchar eficientemente contra este problema de salud.

En la misma línea, se ha publicado una Guía de Asociaciones de pacientes y familiares, que recoge los datos de contacto, organización, actividades y prestaciones de las asociaciones de personas afectadas por ER que trabajan en Extremadura.

Se han concedido ayudas económicas anuales a las asociaciones de personas con ER para el desarrollo de proyectos de investigación sociosanitarios en el ámbito de la participación comunitaria en salud, que facilitan el acceso a la información sobre las distintas enfermedades, los recursos existentes sobre dichas patologías (asociaciones, centros y especialistas), el banco de alimentos para enfermedades metabólicas, el contacto e intercambio de experiencias entre personas afectadas, la formación de grupos de ayuda mutua, asesoramiento legal, etc.

Así mismo, se dispone de una red de apoyo psicológico, colaboración y trabajo conjunto (Administración Sanitaria y asociaciones de personas afectadas por ER y sus familias), que permanece activa a través de campañas informativas y de sensibilización, actividades formativas, jornadas anuales, proyectos de investigación en ER del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, edición de materiales, etc., con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas al contar con la voz de las mismas.

En las distintas ediciones del Plan de Salud de Extremadura, se ha priorizado la atención a las ER. Es en diciembre de 2009 cuando se aprueba el Plan Integral de Enfermedades Raras 2010-2014 (PIER), resultado de un trabajo intersectorial y multidisciplinar, en un proceso de elaboración presidido por la participación de un número muy importante de agentes, y en el que las personas afectadas por ER han tenido un protagonismo clave para su resultado final.

Este Plan, pionero en nuestro país, junto al de la Comunidad Autónoma de Andalucía, está en consonancia con las actuaciones y directrices de la Estrategia en Enfermedades Raras del SNS aprobada en junio del 2009, vanguardia en Europa en el abordaje de la prevención, la detección precoz y la investigación de estas enfermedades.

El PIER tiene como objetivo reducir la morbimortalidad atribuible a las enfermedades raras en la población extremeña, y garantizar una atención integral e integrada a la persona con ER, su familia y/o personas que la cuida, y que está basada en: la continuidad asistencial a través de la gestión por procesos; la adecuación de la oferta de servicios con criterios de equidad y accesibilidad a las necesidades de las personas afectadas y al desarrollo tecnológico; y la potenciación de los sistemas de información, de la formación de los colectivos de profesionales, y de la investigación en este ámbito.

El PIER se asienta como el pilar fundamental en base al cual se articulan las acciones que se llevan a cabo en materia de ER en Extremadura, desde el Gobierno de Extremadura. El cumplimiento de sus objetivos contribuirá a una mejora de la calidad asistencial, prevención y de la planificación y coordinación de los recursos materiales y humanos que pueden contribuir a la mejora de la realidad actual de las ER en Extremadura.

Desde su implementación, se está realizando un seguimiento periódico de su ejecución, sobre el que podemos afirmar que se van cumpliendo paulatinamente los objetivos propuestos.

En el año 2009, se crea el Consejo Asesor sobre Enfermedades Raras del SSPE, a través del Decreto 171/2009 de la Consejería de Sanidad y Dependencia, y con la finalidad de prestar el asesoramiento técnico y la información que le sean solicitados por la Consejería con competencia en sanidad sobre materias relacionadas con las ER.

Desde entonces, está funcionando activamente formado por gestores, profesionales de los ámbitos sanitario, social, educativo y laboral, así como representantes de sociedades científicas y asociaciones de personas con ER y sus familiares, abordando temas que se han desarrollado, como la ampliación del cribado neonatal en consonancia con las líneas marcadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la información y sensibilización sobre ER a población y profesionales de la salud y la realización de actividades formativas dirigidas a los colectivos de profesionales sanitarios, a través de la Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social, y personal no sanitario a través de la Escuela de Administración Pública de Extremadura.

Actualmente se está trabajando en la creación de un "Punto de Atención Personalizada a Enfermedades Raras" (recogido en el PIER vigente, como nodo), para garantizar la coordinación de recursos en todo el proceso, que actúe como nexo de unión entre profesionales y pacientes, que posibilite un diagnóstico correcto en el plazo más breve posible, y facilite la atención integral y la continuidad asistencial a las personas afectadas por ER en Extremadura.

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

Objetivo 13.– Desarrollar, realizar seguimiento y evaluación del Plan Integral de Enfermedades Raras en Extremadura 2010-2014 (PIER), dando continuidad al mismo con un nuevo PIER 2015-2019, una vez finalizado el periodo de vigencia del vigente.

Responsables:
- **Servicio de Participación Comunitaria en Salud**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Criterios de Evaluación:
- Grado de desarrollo, e implantación del PIER 2010-2014
- Resultados de seguimiento y evaluación del PIER 2010-2014
- Existencia y grado de implantación del nuevo PIER, tras la finalización del periodo de vigencia del PIER 2010-2014
- Resultados de seguimiento y evaluación del nuevo PIER 2015-2019

Líneas de Actuación:

13.1.- Elaboración, desarrollo, seguimiento y evaluación del nuevo PIER, tras la finalización y evaluación del PIER 2010-2014.

Responsables:
- **Servicio de Participación Comunitaria en Salud**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación:
- Disponibilidad del informe de seguimiento y evaluación del PIER 2010-2014
- Disponibilidad del nuevo PIER, tras finalizar el periodo de vigencia del PIER 2010-2014
- Disponibilidad del informe de seguimiento y evaluación del nuevo PIER 2015-2019

13.2.- Impulso y continuidad del Consejo Asesor sobre Enfermedades Raras en Extremadura.

Responsable:
- **Servicio de Participación Comunitaria en Salud**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección Gerencia del SES

Evaluación:
- Número de reuniones, de informes y/o actividades, por año, desarrollados por el Consejo Asesor sobre Enfermedades Raras

13.3.- Creación y desarrollo del Punto de Atención Personalizada a Enfermedades Raras.

Responsable:

- **Dirección Gerencia del SES**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo
- Gerencias de las Áreas de Salud

Evaluación:

- Existencia del Punto de Atención Personalizada a Enfermedades Raras
- Actividades anuales realizadas por el Punto de Atención Personalizada a Enfermedades Raras

13.4.- Incorporación de los objetivos y líneas de actuación recogidos en el PIER, a las sucesivas ediciones del Plan Estratégico del SES y de los contratos de gestión del SES con las Gerencias de las áreas de salud.

Responsables:

- **Dirección Gerencia del SES**
- Gerencias de las Áreas de Salud

Evaluación:

- Porcentaje de objetivos y líneas de actuación del PIER, incluidos en los Planes Estratégicos del SES, y en los contratos de gestión de las Áreas

11.- ZOONOSIS

Las zoonosis son un conjunto de enfermedades infecciosas y/o parasitarias que se caracterizan por transmitirse de los animales al ser humano, y viceversa, de una forma directa o indirecta. Históricamente, la implantación de programas de lucha y control contra determinadas zoonosis, el fomento de la mejora de las infraestructuras de las explotaciones ganaderas, la educación sanitaria de la población y el control sanitario en los mataderos, han supuesto medidas que han contribuido a disminuir las tasas de incidencia/prevalencia de las zoonosis. No obstante, diversos estudios indican que entre un tercio y la mitad de todas las enfermedades infecciosas humanas tienen un origen zoonósico y que, alrededor del 75% de las nuevas enfermedades que han afectado a los seres humanos en los últimos 10 años (como la Fiebre de Nilo Occidental) se originó en animales o productos de origen animal. Por otra parte, se están comenzando a registrar casos de zoonosis, como salmonelosis, Fiebre Q, tularemia, infección por hantavirus, carbunco, psitacosis o toxoplasmosis, relacionadas con la mayor presencia en el ámbito familiar de animales domésticos o de compañía, sobre todo de los exóticos.

España (territorio peninsular e islas) ha estado libre de rabia terrestre desde el año 1978, a excepción del caso de rabia importado de Marruecos, declarado en 2013. Las campañas de vacunación llevadas a cabo en perros dieron excelentes resultados, pero no hay que olvidar a la rabia, como zoonosis de importancia, habiéndose detectado la presencia de la rabia en quirópteros. Este hecho, unido al intenso tráfico de personas y animales, que continuamente se mueven por nuestro país y por todo el territorio europeo, donde si está presente la rabia terrestre, hace que no se pueda descartar la aparición de esta enfermedad en nuestro entorno.

Por lo tanto, es necesario tratar de luchar contra ellas con un planteamiento holístico que aúne las actuaciones llevadas a cabo por cada profesional que interviene en la vigilancia, prevención y control de estas enfermedades, desde la monitorización de los animales durante su cría eliminando fuentes de contagio (por ejemplo en las campañas de saneamiento ganadero), hasta la vigilancia de la aparición de estas enfermedades en las personas (campañas de prevención dirigidas a la población general y a los profesionales) y su tratamiento, pasando por el control de los alimentos (especialmente la trazabilidad), debiendo existir retroalimentación de información en aras de mejorar la eficiencia y eficacia de las actuaciones.

El *Plan de Salud de Extremadura 2013-2020*, pretende dar cobertura a las zoonosis con ese enfoque integral y multidisciplinar, de modo que incluya a todos los agentes implicados en la materia. En el momento actual son objeto de interés, entre otros, los siguientes procesos: Encefalitis Espongiformes Transmisibles, Influenza, Rabia, Salmonelosis, Campilobacteriosis, Listeriosis, Tuberculosis, Brucelosis Colibacilosis, Yersiniosis, Equinococosis, Trichinelosis, Tularemia, Enfermedad de Lyme, Leishmaniosis y Toxoplasmosis, sin olvidar la posible aparición de enfermedades exóticas como la Fiebre del Nilo Occidental, Fiebres Hemorrágicas Víricas, etc...

La Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) refleja que el alcance, la magnitud y las repercusiones mundiales de las zoonosis que enfrentamos actualmente no tiene precedentes históricos, y que el comienzo de una nueva era de enfermedades emergentes y reeemergentes hace que la detección de las mismas y la consiguiente reacción sea decisiva.

Hay determinadas zoonosis que por prevención, o bien por medidas de control, requieren la imposición obligatoria de tratamientos o vacunaciones, lo que hará necesario el impulso y modernización de medidas legislativas que establezcan un marco normativo claro, que ampare dichas actuaciones.

Además de la importancia de los animales de renta y compañía, en el mantenimiento de distintos procesos zoonósicos bien conocidos, sería necesario tener en cuenta la importancia creciente de las especies cinegéticas en la emergencia de enfermedades zoonósicas tradicionalmente asociadas al sector doméstico: tuberculosis, brucelosis, fiebre Q, trichinellosis, hidatidosis, toxoplasmosis, o enfermedad de Lyme.

Para lograr un mejor conocimiento de las zoonosis es conveniente “institucionalizar” la elaboración de un informe global anual sobre las zoonosis y las resistencias a los antimicrobianos en el que se recojan los datos anuales de incidencia y/o de prevalencia de las principales zoonosis y los datos relativos a las resistencias, tanto en los animales, como en los alimentos y en las personas de una forma tal, que permita evaluar la efectividad de las medidas que se adopten. Es necesario resaltar el importante papel que ejercen los Servicios Veterinarios Oficiales en la monitorización y control de las zoonosis en su ámbito de actuación, destacando, por su peculiaridad y por el riesgo asociado, las actividades cinegéticas, tan frecuentes y económicamente importantes en Extremadura.

Otro factor interesante desde el punto de vista de la salud pública es el fenómeno de la aparición de la resistencia a los antimicrobianos (RAM). Esta resistencia es un fenómeno biológico natural, pero se encuentra amplificado por diversos factores. El uso inapropiado de antimicrobianos en medicina humana y veterinaria, el uso de antimicrobianos para fines no terapéuticos y la contaminación del medio con antimicrobianos están acelerando la aparición y diseminación de microorganismos resistentes. Resulta por tanto necesario, avanzar en la investigación y desarrollo en materia de zoonosis y de resistencias a los antimicrobianos, centrándose en los problemas más prevalentes, incidentes o de mayor repercusión para la economía extremeña, mediante el impulso de proyectos coordinados con centros investigación de la región que cuenten con líneas de trabajo en ese sentido.

La UE, con el amparo legal de la Directiva 2003/99/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 17 de noviembre de 2003, sobre la vigilancia de las zoonosis y los agentes zoonósicos, por la que se modifica la Decisión 90/424/CEE del Consejo y se deroga la Directiva 92/117/CEE del Consejo, está reforzando la vigilancia de las zoonosis, los agentes zoonósicos y la resistencia a los antimicrobianos a ellos asociada. Se han establecido las exigencias mínimas que las Autoridades Sanitarias deben respetar para reforzar sus actuales sistemas de vigilancia, a través de los cuales recogen, analizan y difunden datos sobre estos fenómenos para identificar y caracterizar los peligros, evaluar la exposición y definir los riesgos correspondientes fundamentados en tres pilares:

1- Aumentar la vigilancia de las zoonosis y de la resistencia a los antimicrobianos y/ antiparasitarios: creación y mantenimiento de sistemas de vigilancia que abarquen desde la producción primaria a las otras fases de la cadena alimentaria, incluidos los piensos o los productos alimenticios.
2- Investigar los focos de toxinfección alimentaria: las autoridades competentes de los Estados Miembros deben investigar los focos de toxinfección alimentaria, recabando datos sobre el perfil epidemiológico, los alimentos involucrados y las posibles causas.

3- Facilitar el intercambio de información: necesario para obtener datos exhaustivos y comparables a escala europea, debiendo designar una o más autoridades competentes que colaboren con sus homólogos responsables de las cuestiones de Sanidad Animal, piensos, o Higiene de los Alimentos.

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

Objetivo 14.- Elaborar, implantar y desarrollar, y realizar el seguimiento y la evaluación de un Plan, a nivel estratégico, en materia de Zoonosis y de resistencias a los Antimicrobianos y Antiparasitarios en Extremadura.

Responsables:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES
- Dirección General de Agricultura y Ganadería de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía

Criterios de Evaluación:

- Existencia y grado de implantación del Plan de Zoonosis y Resistencia a los Antimicrobianos y Antiparasitarios
- Resultados de seguimiento y evaluación del Plan de Zoonosis y Resistencia a los Antimicrobianos y Antiparasitarios

Líneas de Actuación:

14.1.- Inclusión en el Plan de zoonosis y de resistencias a los Antimicrobianos y Antiparasitarios de Extremadura, de las acciones para la creación de un marco regulador, relativo a las zoonosis en Extremadura.

Responsables:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES
- Dirección General de Agricultura y Ganadería de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía
- Dirección General de Medioambiente de la Consejería de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía

Evaluación:

- Existencia de la normativa reguladora en materia de zoonosis en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

14.2.- Creación y desarrollo normativo un órgano de coordinación regional, para la ejecución del plan de zoonosis y de resistencias a los antimicrobianos y antiparasitarios en Extremadura.

Responsables:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Dirección General de Agricultura y Ganadería de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía

Evaluación:

- Existencia de un órgano de coordinación regional para la ejecución del Plan de Zoonosis y de Resistencias a los Antimicrobianos y Antiparasitarios.

14.3.- Actualización y adecuación de la composición, funciones y funcionamiento, e impulso del Consejo Asesor de Zoonosis de Extremadura.

Responsables:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES

Evaluación:

- Actualización de la composición, funciones y funcionamiento del Consejo Asesor de Zoonosis de Extremadura.
- Nº de reuniones celebradas del Asesor de Zoonosis de Extremadura.

14.4.- Elaboración de un catálogo de las zoonosis más representativas, presentes o en riesgo de aparición, en Extremadura.

Responsables:

- **Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección General de Agricultura y Ganadería de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía

Evaluación:

- Existencia y difusión del catálogo de las zoonosis más representativas, presentes o en riesgo de aparición, en Extremadura.

14.5.- Creación de una red de información, entre los organismos y unidades que participan en la vigilancia y control de las zoonosis, que permita el análisis de esa información en todos los niveles.

Responsables:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES
- Dirección General de Agricultura y Ganadería de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía

Evaluación:

- Disponibilidad de una red o sistema de información que permita el análisis de información sobre las zoonosis en Extremadura en todos los niveles

14.6.- Fomento de proyectos y convenios para la investigación y desarrollo multidisciplinares, en apoyo de la lucha contra las zoonosis y las resistencias a los antimicrobianos y antiparasitarios.

Responsables:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES
- Dirección General de Agricultura y Ganadería de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía
- Dirección General de Medio Ambiente de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Evaluación:

- Proyectos realizados para la investigación y desarrollo multidisciplinares, en apoyo de la lucha contra las zoonosis y las resistencias a los antimicrobianos y antiparasitarios

- Convenios para la investigación y desarrollo multidisciplinares, en apoyo de la lucha contra las zoonosis y las resistencias a los antimicrobianos y antiparasitarios

14.7.- Establecimiento de protocolos de actuación específicos, para la información, prevención y control de las principales enfermedades zoonósicas.

Responsables:

- **Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección General de Agricultura y Ganadería de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía

Evaluación:

- Disponibilidad de protocolos de actuación específicos, para la información, prevención y control de las principales enfermedades zoonósicas.

PLAN SOBRE ZOONOSIS Y RESISTENCIA ANTIMICROBIANAS Y ANTIPARASITARIAS DE EXTREMADURA

EJES ESTRATÉGICOS DEL PLAN:

1,- Aumentar la vigilancia de las zoonosis y de la resistencia a los antimicrobianos y/ antiparasitarios

1.- Elaboración de un análisis de la situación, respecto de los distintos sistemas de monitorización y vigilancia disponibles.
2.- Elaboración de un catálogo de las zoonosis más significativas para Extremadura, existentes o con razonable probabilidad de aparición.
3.- Elaboración de un análisis inicial de las distintas zoonosis, referidas en el punto anterior; así como de las resistencias a los antimicrobianos y antiparasitarios, en humanos y en el resto de animales susceptibles.
4.- Potenciación e impulso del Control de las Zoonosis en la fauna silvestre.
5.- Elaboración y puesta en marcha planes de vigilancia y/o planes de lucha contra zoonosis existentes o de probable aparición en Extremadura.
6.- Elaboración y puesta en marcha de un plan de prevención de la aparición de resistencias a los antimicrobianos y antiparasitarios.
7- Creación de un sistema autonómico para la monitorización y/o vigilancia de las principales zoonosis en Extremadura tanto a nivel humano como animal.
8.- Potenciación de las actuaciones de los Servicios Veterinarios Oficiales en la vigilancia y el control de las zoonosis en Extremadura.
9.- Desarrollo de un marco normativo adaptado a la situación epidemiológica actual en el contexto de las actividades cinegéticas.
10.- Inclusión, dentro de los planes de formación para profesionales sanitarios, de actividades referidas a la vigilancia y lucha contra las zoonosis y las resistencias a antimicrobianos y antiparasitarios.
11.-Realización de una búsqueda activa de enfermedades parasitarias e infecciosas en animales reservorios potenciales, con especial preferencia en perros callejeros.
12- Fomento de líneas de I+D orientadas a la prevención y control de las zoonosis y de las resistencias a los antimicrobianos y antiparasitarios.

2.- Investigar los focos de toxiinfección alimentaria

1.-Realización de investigaciones epidemiológicas inmediatas, tras la aparición de casos de zoonosis.
2,-Promoción de nuevas modalidades de prevención y tratamiento de las enfermedades zoonósicas.
3.-Promoción de acciones educativas y de conductas, dirigidas a los colectivos profesionales susceptibles de tener relación con este tipo de enfermedades, y a la población en general.
4.-Establecimiento de un listado de Laboratorios de Diagnóstico y/o Referencia, según la enfermedad, a los que poder recurrir.

3.- Facilitar el intercambio de información

1.-Establecimiento de sistemas de comunicación de zoonosis que favorezcan las notificaciones por parte de profesionales sanitarios en ejercicio libre, y adoptar medidas para evitar sub-notificaciones.
2.-Armonización de la transmisión de información, a todos los niveles.
3.-Creación de un Registro Sanitario de profesionales veterinarios, con actividad pública y/o privada, obligados o comprometidos a la notificación, comprobación, registro, etc., de zoonosis y de datos referentes a resistencia frente a antimicrobianos y antiparasitarios.
4.-Impulso y coordinación de actuaciones derivadas de los resultados obtenidos del PNIR en Extremadura.
5.-Promoción de la creación de censos de animales de compañía.

II EJE ESTRATÉGICO:

PROTECCIÓN Y MEJORA DEL ESTADO DE SALUD, Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

El segundo Eje Estratégico del *Plan de Salud de Extremadura 2013-2020*, recoge estrategias dirigidas la protección, promoción y mejora del estado de salud, así como a la prevención de las enfermedades y de los problemas de salud, mediante el seguimiento del estado de salud de determinados grupos de población.

Las áreas de intervención prioritarias de este eje son:

12. Promoción de estilos de vida saludables. EpS
13. Seguridad Alimentaría
14. Salud Ambiental
15. Promoción, seguimiento y control del estado de salud:
    - Salud Infantil y del Adolescente
    - Salud de la Mujer
    - Salud del Adulto
    - Salud del Mayor
16. Salud Laboral

El *Plan de Salud de Extremadura 2013-2020*, establece y promulga objetivos y líneas de actuación, destinadas a la promoción de la salud, y la prevención de los problemas de salud mediante:

-La reducción de riesgos;
-La actuación sobre el medio laboral, el medio ambiente, y/o la seguridad alimentaria;
-La potenciación del seguimiento y el control de la salud de la población general, en las diferentes etapas de la vida de las personas;
-El impulso de la educación para la salud, de la adquisición de hábitos y de estilos de vida saludables, así como de la eliminación de aquellos hábitos prejudiciales;
- La mejora del entorno, el uso adecuado y responsable de los recursos sanitarios y sociosanitarios, y el manejo adecuado y responsable de los factores que afectan a su propia salud, la salud la persona en particular, y de la comunidad en general.

12.- PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. EpS

Según la OMS, la promoción de estilos saludables es una actividad básica que debe ser impulsada por los sistemas sanitarios de todo el mundo. La promoción de la salud tiene como herramienta fundamental la Educación para la Salud (EpS).

La EpS actual debe regirse por los principios de trabajo multidisciplinar, multisectorial, participativo, vivenciado (es decir, sentido, percibido) y coordinado. La EpS tiene el objetivo de enseñar a las personas para que puedan tomar las decisiones correctas por sí solas respecto a su salud, en cualquier momento y lugar (capacitación). En este sentido, tanto la OMS como numerosas instituciones a nivel mundial y europeo preconizan que la EpS sea impulsada a su máximo nivel.

Entre las utilidades de la EpS está la prevención (que mejora la salud poblacional, disminuye la morbilidad y la mortalidad, y favorece una menor medicalización, entre otros logros), el mantenimiento de la calidad de vida hasta edades muy avanzadas y la ayuda al sostenimiento del sistema sanitario (contribuye a disminuir la carga asistencial y el gasto sanitario). Esto se ha puesto de manifiesto en diversos estudios y publicaciones, entre las que podríamos citar las de *Orueta Sánchez et al.* y la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud.

También es necesario considerar algunos inconvenientes inherentes a la EpS, como que sus resultados suelen verse sólo a largo plazo y que para llegar a la efectividad real, incluso a la excelencia, se precisa de la coordinación y compromiso de sectores no sanitarios, a los que hay que concienciar previamente de los beneficios de la EpS intersectorial y de las acciones coordinadas.

A pesar de los esfuerzos que se puedan llevar a cabo desde la promoción y EpS, en numerosas ocasiones no se consigue el efecto deseado porque hay otros factores que juegan en contra de esos esfuerzos, muchas veces, con bastante más poder de influencia que la EpS.

La EpS es importante a todas las edades, pero sobre todo en la edad infantil y juvenil, porque la mayoría de los hábitos adquiridos a esas edades suelen persistir durante toda la vida de las personas.

Además de la información que sobre EpS aparece en el Análisis de Situación de este Plan de Salud, es importante destacar en este apartado algunas actuaciones llevadas a cabo:

1.- Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura 2007-2012 (PMEpS). Establece medidas a corto, medio y largo plazo cuyo objetivo es crear un entorno favorecedor a la EpS. Con una metodología de elaboración muy participativa, y atendiendo especialmente la perspectiva de género, es el único Plan sobre EpS a nivel estratégico hasta ahora en España que contempla los ámbitos fundamentales que recomienda la OMS: Sanitario, Educativo y Sociocomunitario y Laboral. Dispone de cinco áreas:

1. Transversal, de coordinación.
2. Ámbito Sanitario.
3. Ámbito Educativo.
4. Ámbito Sociocomunitario y Laboral.
5. Formación e Investigación.

2.- Desarrollo de las estrategias de Subvenciones a Proyectos de EpS y a Proyectos de Participación Comunitaria en Salud.

3.- Desarrollo y fomento de los elementos de Coordinación en EpS. Este punto es clave para obtener mayor eficiencia, efectividad y rigor técnico en las intervenciones. La coordinación de la Administración Sanitaria con la Administración Educativa y con las entidades de la comunidad es un aspecto fundamental.

4.- Colaboración con la "Red Extremeña de Escuelas Promotoras de Salud" de la Consejería de Educación y Cultura. Esta acción es fundamental porque a través de las escuelas se llega a toda la población infantil y juvenil (edades claves). Siguiendo las recomendaciones de la OMS, se ha tomado como objetivo fundamental formar futuras generaciones que dispongan de los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para promover y cuidar su salud, la de su familia y su comunidad, así como crear y mantener ambientes de estudio, trabajo y convivencia saludables. Aunque la salud se aborda en todos los centros educativos, los centros que pertenecen a la Red lo hacen más profundamente, con un proyecto concreto, tras un análisis de sus necesidades.

5.- Se ha puesto en marcha el "Protocolo de Atención al Niño y al Adolescente con Diabetes en la Escuela". Pretende que se alcance un control óptimo de los niveles de glucemia de estos estudiantes, también en el tiempo que permanecen en el centro educativo, contribuyendo así a que no se generen complicaciones, y a un desarrollo académico y personal completo de estos estudiantes. El Protocolo ha aumentado la información a la comunidad educativa sobre este problema de salud y sobre la forma de controlarlo, supone un esfuerzo de coordinación entre las administraciones sanitaria y educativa y fomenta la participación de agentes de salud en la escuela.

La EpS debe abordarse de forma multisectorial y multidisciplinar. Su éxito depende de la capacidad para alcanzar un nivel elevado de trabajo conjunto, entre profesionales y entidades, de diferentes titulaciones y sectores. Para ello, se han creado entidades como el Consejo Asesor de EpS de Extremadura, como órgano facilitador, favorecedor de la coordinación intersectorial, como elemento enriquecedor, de asesoramiento y como colaborador en la formación.

Innovación y tendencias actuales en promoción y EpS: Uso habitual de nuevas tecnologías multimedia, trabajo multisectorial, redes sociales y promoción de la salud, actuación a través de los determinantes sociales de la salud y enseñar a trabajar adecuadamente con los medios de comunicación.

OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

Objetivo 15.– Dar continuidad al Plan Marco de Educación para la Salud, mediante la elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación del Plan Estratégico de Educación para la Salud 2014-2019.

Responsables:
- **Servicio de Participación Comunitaria en Salud del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES

Criterios de Evaluación:
- Grado de implantación y desarrollo del Plan Estratégico de Educación para la Salud 2014-2019
- Resultados de seguimiento y evaluación del Plan Estratégico de Educación para la Salud 2014-2019

Líneas de Actuación:

15.1.- Elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación del nuevo Plan Estratégico de Educación para la Salud 2014-2019.

Responsables:
- **Servicio de Participación Comunitaria en Salud del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Secretaría General de Educación de la Consejería de Educación y Cultura
- Dirección General de Deportes de Presidencia del Gobierno de Extremadura

Evaluación:
- Disponibilidad del Plan Estratégico de Educación para la Salud 2014-2019
- Disponibilidad del informe de seguimiento y evaluación del Plan Estratégico de Educación para la Salud 2014-2019

15.2.- Impulso y desarrollo de actividades de EpS frente a las áreas de intervención y problemas de salud prioritarios, contenidos en el PSE 2013-2020, promoviendo de forma intersectorial hábitos de vida saludables, así como la adecuada utilización de los recursos sanitarios, utilizando la EpS como herramienta de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Responsable:
- **Servicio de Participación Comunitaria en Salud del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Secretaría General de Educación de la Consejería de Educación y Cultura
- Dirección General de Deportes de Presidencia del Gobierno de Extremadura

Evaluación:
- Número de actividades de EpS relacionadas con las Áreas de Intervención y los problemas de salud contenidos en el PSE 2013-2020

15.3.- Incorporación paulatina de los objetivos y líneas de actuación del Plan Estratégico de Educación para la Salud 2014-2019, a las sucesivas ediciones del Plan Estratégico del SES y contratos de gestión del SES con las Gerencias de las Áreas de Salud.

Responsable:

- **Dirección Gerencia del SES**
- Gerencias de las Áreas de Salud

Evaluación:

- Porcentaje de objetivos y líneas de actuación del Plan Estratégico de Educación para la Salud 2014-2019 incluidos en los Planes Estratégicos del SES
- Porcentaje de objetivos y líneas de actuación del Plan Estratégico de Educación para la Salud 2014-2019, incluidos en los contratos de gestión de las Áreas de Salud

15.4.- Impulso y desarrollo del uso y aplicación de las nuevas tecnologías, de las redes sociales y de los medios de comunicación social en la promoción de estilos de vida saludables.

Responsable:

- **Servicio de Participación Comunitaria en Salud del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Secretaría General de Educación de la Consejería de Educación y Cultura
- Dirección General de Deportes de Presidencia del Gobierno de Extremadura
- Subdirección de Sistemas de Información del SES

Evaluación:

- Número de contenidos en Internet sobre promoción de hábitos saludables en páginas oficiales de la Administración Autonómica de Extremadura
- Número de redes sociales de ámbito regional, estatal e internacional en las que está presente la Administración autonómica extremeña promocionando la salud
- Número de programas en radio y televisión donde se promocionen hábitos saludables, respaldados por la Administración Educativa, Sanitaria y/o Deportiva
- Número de artículos descargados de la Biblioteca Virtual del SSPE (Saludteca) relacionados con la promoción de hábitos saludables y la EpS

13.- SEGURIDAD ALIMENTARIA

La UE ha optado por garantizar un alto nivel de protección de la vida y la salud de las personas, por lo que todas las políticas en materia de seguridad alimentaria deben ir encaminadas a ese objetivo.

Para conseguir un elevado nivel de seguridad alimentaria, es necesario alcanzar también un elevado nivel de confianza de la ciudadanía para lo que, además de responder a sus exigencias de sentirse seguros frente a los riesgos reales y sentirse alejados de la sospecha permanente que provocan determinadas situaciones como los fraudes o las crisis alimentarias, hay que dar respuestas a sus legítimas demandas de fiabilidad de la información que se pone a disposición de las personas consumidoras.

En España, el ordenamiento jurídico, obliga a que las administraciones públicas garanticen la seguridad de los alimentos como una concreción del derecho a la protección de la salud (art. 43 de la Constitución Española). Existe una gran demanda social para que estas cuestiones se regulen adecuadamente y en consonancia con los cambios técnicos, económicos y sociales que están teniendo lugar.

A nivel Europeo, tras las crisis alimentarias de finales de los años 90 del siglo pasado, y en particular tras la crisis de la Encefalopatía Espongiforme Bovina –EEB- se estableció una nueva concepción comunitaria de la regulación alimentaria, y se describieron un conjunto de acciones necesarias para alcanzar los objetivos pretendidos.

El mejor exponente de esas medidas fue la publicación del Reglamento 178/2002 del Parlamento Europeo y del Consejo de 28 de enero de 2002, por el que: se establecen los principios y los requisitos generales de la legislación alimentaria; se crea la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA); y se fijan procedimientos relativos a la seguridad alimentaria, complementado por un desarrollo posterior. En España, al inicio del siglo XXI, se creó la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Pasados 10 años de la creación de la AESAN, se publicó la Ley 17/2011 de Seguridad Alimentaria y Nutrición, basada en los principios del análisis del riesgo, la trazabilidad, o el principio de precaución. Son varias las novedades principales que aporta la Ley:

-la institucionalización del “Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria” (PNCOCA), que deberá ser ejecutado en su mayoría por los órganos competentes de las CCAA, de una forma coordinada;
-la creación de la “Red de Laboratorios de Seguridad Alimentaria” (RELSA) en la que deberán integrarse todos los laboratorios que participen en el control oficial de la cadena alimentaria, quedando pendiente aún el desarrollo de la cartera de servicios de la red;
-la inclusión, como obligación para las autoridades competentes, de la necesidad de llevar a cabo auditorías del control oficial para verificar si los controles oficiales se aplican de forma efectiva. Además esas auditorías deben ser objeto de un análisis independiente;
-la consagración, como instrumentos de seguridad alimentaria, de los registros, los sistemas de alertas, los sistemas de información y la formación de todo el personal a cargo del control oficial.

Paralelamente, en Extremadura se publicó la Ley 7/2011 de Salud Pública de Extremadura, que ha venido a recoger parte de los principios inspiradores de la legislación comunitaria en materia alimentaria y ha desarrollado, entre otros aspectos, los relativos a la seguridad alimentaria como parte integrante de la protección de la salud. Se establece el marco necesario para la coordinación de las actuaciones mediante el "Plan Marco de Seguridad Alimentaria" (PMSA) y la creación de la "Oficina Extremeña de Seguridad Alimentaria" (OEXSA).

La actual situación económica, ejerce un gran efecto sobre los sistemas de seguridad alimentaria, por una parte en lo tocante a las empresas alimentarias, que podrían verse tentadas a la modificación de sus procesos sin el análisis de riesgo adecuado, pudiendo incrementar indebidamente el riesgo, y por otra parte en lo relativo a la disponibilidad de recursos para la administración a la hora de ejecutar los controles oficiales. En este último punto, resulta imprescindible proceder a emprender acciones encaminadas a la maximización de las intervenciones públicas con el fin de conseguir la mayor eficiencia posible de cada euro invertido, lo que implicará extremar la coordinación de los controles, la utilización de los recursos públicos, la colaboración con otras autoridades competentes, y la extensión del uso de los soportes digitales, siempre teniendo en el horizonte de las actuaciones el concepto integral de la cadena alimentaria.

Es necesario conseguir una coordinación realmente efectiva, estableciendo con claridad el "mapa de unidades responsables", en materia de seguridad alimentaria, lo que ayudará a detectar duplicidades de actuación o actuaciones ineficaces. También se precisa dimensionar las cargas de trabajo a las tareas y responsabilidades encomendadas, teniendo en cuenta: las peculiaridades de las unidades de gestión, que son importantes a la hora de una adecuada organización de los recursos; las cargas de trabajo, teniendo en cuenta el factor de la dispersión geográfica en Extremadura; y las peculiaridades del servicio de control veterinario oficial en matadero, que debe ser objeto de un redimensionamiento, ya que se ha observado que, la falta de recursos, ha impedido adaptarlo plenamente a los criterios operativos establecidos en la normativa aplicable, menoscabando así su eficacia.

Otro campo en el que es imprescindible avanzar, es en el de los sistemas de información. Asimismo, visto el desarrollo actual de las tecnologías de movilidad, es conveniente fomentar el desarrollo de aplicaciones que permitan su uso sobre el terreno, aumentando la rapidez en el intercambio de información, y fomentando el ahorro de recursos.

Es conveniente dotar a los agentes de control oficial y a las autoridades sanitarias de un soporte jurídico adecuado que les permita ejercer sus potestades y cumplir con su misión con plena capacidad jurídica y con las máximas garantías para los administrados, de procedimientos documentados a fin de que se lleven a cabo de manera uniforme y con una calidad elevada constante, y facilitar la instauración de personal referente para profundizar en el conocimiento, reducir la variabilidad en las actuaciones y facilitar su formación.

Así como la CAE, tiene implantado desde 2008 un sistema de auditorias en la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía, para verificar los controles oficiales que se realizan en la producción primaria y la industria agraria, dentro del "Plan Nacional de Controles de la Cadena Alimentaria", falta por completar este sistema de auditorias incluyendo los programas de control oficial aplicados a la industria alimentaria, siendo una de las CCAA que no lo tiene implantado en su totalidad.

Los laboratorios de control oficial son una de las principales herramientas con las que cuenta el sistema de control oficial en materia de seguridad alimentaria. Deben funcionar de acuerdo a políticas de calidad conforme a normas internacionales que les permitan determinar fielmente las determinaciones que les son solicitadas. También, hace necesario liderar en Extremadura un proceso que rentabilice y optimice los medios y recursos ya existentes, y permita alcanzar, la acreditación de todos los laboratorios públicos y su integración en la "Red Española de Laboratorios de Seguridad Alimentaria" (RELSA).

La formación de profesionales relacionados con el control de la cadena alimentaria debe ser una de las actuaciones principales de este Plan de Salud. La misma debe ir orientada a la adquisición de competencias y a la armonización de actuaciones, fomentando la participación del mayor número de profesionales posibles en las actividades formativas.

Las actividades de las autoridades competentes deben ser llevadas a cabo con un nivel elevado de transparencia. En este sentido, resulta necesario crear las condiciones que permitan poner a disposición del público en general, la información pertinente que esté en poder de las autoridades. Para ello habrán de elaborarse informes anuales del resultado de los controles oficiales y ponerlos a disposición del público en general de una forma fácil, mediante el uso de las nuevas tecnologías y de las redes sociales. Esto contribuirá a poner en valor las actividades diarias que desarrolla el colectivo profesional encargado del sistema de control de seguridad alimentaria.

Otro aspecto fundamental para conseguir aumentar la transparencia, es dar publicidad a aquellos criterios que se consideren fundamentales para conseguir los objetivos pretendidos y que ayuden al personal que opera en empresas alimentarias a cumplir con sus obligaciones. Fomentando la elaboración de documentos de referencia en materia de autocontroles, se explorarán opciones que permitan a los O.E.A., siempre con las máximas garantías de seguridad, acogerse de un modo transparente a la flexibilidad en la aplicación de la norma, en especial, en lo relativo a la comercialización de productos de origen vegetal y a las pequeñas producciones o producciones locales.

Asimismo, se revisará la Cartera de Servicios de Salud Pública dentro de las prestaciones de protección de la salud, en concreto en el ámbito de la seguridad alimentaria, conforme a lo establecido en la Ley 7/2011 de Salud Pública de Extremadura en el marco del Real Decreto 1030/2006 de desarrollo de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. La compartimentalización actual de las competencias y actuaciones en materia de seguridad alimentaria, obliga a un esfuerzo de coordinación entre los distintos departamentos, en el que será clave el papel de la "Oficina Extremeña de Seguridad Alimentaria" (OEXSA), creada por Decreto 83/2013, de 21 de mayo (DOE 101, de 28-5-2013).

Una adecuada gestión del conocimiento y el fomento del I+D+I redundará en una mejora global de la seguridad alimentaria en Extremadura. Para ello, el presente Plan de Salud, propugna la necesidad de detectar las líneas en las que, para Extremadura sean necesarias evaluaciones de riesgos, habida cuenta de sus peculiaridades productivas, sociales, económicas y de otro tipo, contando con la participación de uno de los mayores gestores del conocimiento en Extremarua, como es la UEX.

El Plan de Salud de Extremadura 2013-2020, dentro del área de seguridad alimentaria, se articula en tres objetivos encaminados a garantizar la protección de la salud en materia de seguridad alimentaria:

- El primero, dentro del ámbito de una planificación estratégica como es el PMSA, va encaminado a analizar la propia situación interna y externa y anticiparse a la evolución y tendencias del entorno, proponiendo líneas de actuación que solventen los problemas más persistentes del sistema de seguridad alimentaria.
- El segundo, mediante la adopción de las acciones oportunas, va encaminado a adaptar totalmente el sistema de control oficial a los requisitos operativos establecidos en el marco normativo que regula la materia. Se fomentará la formación en materia de seguridad alimentaria de los operadores económicos de la región, avanzando en la profesionalización de los sectores productivos y la capacitación de los trabajadores, y facilitando el asociacionismo.
- El tercero va orientado a la Investigación, Desarrollo e Innovación, en materia de seguridad alimentaria.

OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

Objetivo 16.- Impulsar el desarrollo y el funcionamiento de la Oficina de Seguridad Alimentaria de Extremadura, para garantizar una adecuada coordinación entre las Consejerías y Organismos con competencias en materia de seguridad alimentaria.

Responsables:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Dirección General de Agricultura y Ganadería de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía
- Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES
- Consejería de Salud y Política Social

Criterios de Evaluación:

- Disponibilidad de un informe de actividad de la Oficina Extremeña de Seguridad Alimentaria
- Grado de implantación y desarrollo del PMSA
- Resultados de seguimiento y evaluación del Plan Marco de Seguridad Alimentaria de Extremadura

Líneas de Actuación:

16.1.- Elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación del Plan Marco de Seguridad Alimentaria de Extremadura (PMSA) sobre la base de las líneas de trabajo recogidas en la tabla adjunta.

Responsables:
- **Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección General de Agricultura y Ganadería de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía

Evaluación:
- Disponibilidad del PMSA
- Disponibilidad del informe de seguimiento y evaluación del PMSA

16.2.- Desarrollo de acciones en materia de seguridad alimentaria, frente a los problemas y necesidades de seguridad alimentaria más relevantes.

Responsable:
- **Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección General de Agricultura y Ganadería de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía

Evaluación:
- Nº y tipo de acciones desarrolladas/año frente a problemas y necesidades de seguridad alimentaria

16.3.- Inclusión de la Seguridad Alimentaria, como línea prioritaria en el nuevo Plan Estratégico del SES.

Responsable:
- **Dirección Gerencia del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES

Evaluación:
- Existencia de medidas de Seguridad Alimentaria, como líneas prioritarias incluidas en el nuevo Plan Estratégico del SES

Objetivo 17.- Desarrollar un sistema de control oficial en materia de seguridad alimentaria, adaptado a los requisitos establecidos en la normativa comunitaria aplicable.

Responsables:
- **Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección General de Agricultura y Ganadería de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía

Criterios de Evaluación:
- Actividades llevadas a cabo para el desarrollo de un sistema de control oficial en seguridad alimentaria

Líneas de Actuación:

17.1.- Desarrollo e implantación de procedimientos documentados de trabajo para todas las actividades de control oficial, acordes a los requisitos establecidos en la normativa comunitaria de aplicación, con especial prioridad a los procedimientos relativos al control veterinario oficial de matadero.

Responsable:
- **Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección General de Agricultura y Ganadería de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía

Evaluación:
- Disponibilidad y número de documentos de procedimientos de trabajo/año, disponibles, para las actividades de control oficial, y acordes a los requisitos de la normativa comunitaria de aplicación

17.2.- Desarrollo e implantación de procedimientos para verificar el cumplimiento y la eficacia de los controles oficiales que se realizan en materia de seguridad alimentaria, y adopción de las medidas correctoras necesarias.

Responsable:
- **Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección General de Agricultura y Ganadería de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía

Evaluación:
- Disponibilidad y número de procedimientos de supervisión para verificar el cumplimiento y la eficacia de los controles oficiales que se realizan
- Número de medidas correctoras/año en materia de seguridad alimentaria, que hayan sido necesario llevar a cabo

17.3.- Realización de auditorías del sistema de control oficial a lo largo de toda la cadena alimentaria para verificar que se alcanzan los objetivos pretendidos.

Responsable:
- **Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección General de Agricultura y Ganadería de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía

Evaluación:
- Número de auditorias del sistema de control oficial, a lo largo de toda la cadena alimentaria, realizadas/ año

17.4.- Establecimiento y desarrollo de una estrategia regional de acreditación de los laboratorios de seguridad alimentaria, que permita su inclusión en la Red Española de Laboratorios de Seguridad Alimentaria (RELSA).

Responsable:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES
- Dirección General de Agricultura y Ganadería de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía

Evaluación:
- Disponibilidad de la estrategia de acreditación de los laboratorios de seguridad alimentaria
- Nº de técnicas acreditadas/ disponibles, de los laboratorios de seguridad alimentaria

17.5.- Elaboración y publicación de documentos de referencia que sirvan de guía para la implantación de los sistemas basados en los principios del APPCC a las empresas alimentarias.

Responsable:
- **Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación:
- Disponibilidad de documentos de referencia en todas las áreas de Salud, para la implantación de los APPCC

Objetivo 18.- Diseñar y desarrollar un Programa Plurianual de Investigación, Desarrollo e innovación, en materia de seguridad alimentaria (PIDISA).

Responsables:
- **FundeSalud**
- Secretaria General de Empleo, Actividad Empresarial e Innovación Tecnológica
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección General de Agricultura y Ganadería de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía

Criterios de Evaluación:
- Grado de implantación y desarrollo del Programa Plurianual de Investigación, Desarrollo e Innovación en materia de seguridad alimentaria (PIDISA)
- Resultados de seguimiento y evaluación del PIDISA

Líneas de Actuación:

18.1.- Creación de una plataforma de los diferentes agentes extremeños implicados en la I+D+I del campo de la seguridad alimentaria, tanto del lado de la oferta como del lado de la demanda, para el diseño del PIDISA.

Responsable:
- **Secretaria General de Empleo, Actividad Empresarial e Innovación Tecnológica**
- Fundesalud
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección General de Agricultura y Ganadería de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Evaluación:
- Disponibilidad de la plataforma para el diseño del PIDISA

18.2.- Diseño y desarrollo del Programa Plurianual de Investigación, Desarrollo e Innovación, en materia de seguridad alimentaria (PIDISA) integrado en las áreas Agroalimentaria y de Ciencias de la Salud del Sistema Extremeño de Ciencia, Tecnología e Innovación.

Responsable:

- **FundeSalud**
- Secretaria General de Empleo, Actividad Empresarial e Innovación Tecnológica
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección General de Agricultura y Ganadería de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía

Evaluación:

- Disponibilidad del Programa Plurianual de Investigación, Desarrollo e Innovación en materia de seguridad alimentaria (PIDISA)
- Disponibilidad del informe de resultados de seguimiento y evaluación del Programa de Investigación, Desarrollo e Innovación en materia de seguridad alimentaria

18.3.- Establecimiento de una estrategia regional I+D+I-SA, plasmada en el PIDISA, e inclusión en el V Plan Regional de I+D+I de Extremadura.

Responsable:

- **Secretaria General de Empleo, Actividad Empresarial e Innovación Tecnológica**
- Fundesalud
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección General de Agricultura y Ganadería de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Evaluación:

- Disponibilidad de la estrategia regional de I+D+I-SA, incluida en los objetivos del PIDISA
- Inclusión del PIDISA en el V PR-IDI de Extremadura

PLAN MARCO DE SEGURIDAD ALIMENTARIA DE EXTREMADURA

EJES ESTRATÉGICOS:

1. Mejorar la eficiencia de los sistemas de control oficial

1. Mejora del funcionamiento de los mecanismos que permitan conseguir una adecuada coordinación dentro de cada administración con competencias y actuaciones, en materia de seguridad alimentaria (coordinación interna).
2. Elaboración y publicación de un mapa de competencias y actuaciones de control oficial de la cadena alimentaria en el que se reflejen las unidades responsables del control oficial de cada una de las fases de la cadena alimentaria.
3. Optimización de los recursos disponibles con el fin de proporcionar un sistema de control oficial acorde a las necesidades de cada eslabón de la cadena alimentaria.
4. Adecuación y redimensión del sistema de control veterinario oficial en matadero.
5. Desarrollo de sistemas de información orientados a su uso sobre el terreno y a la integración plena de los sistemas ya existentes a lo largo de toda la cadena alimentaria, de manera que permitan compartir la información de forma rápida, segura, fiable y automática, con especial referencia a la producción agraria.
6. Actualización de los sistemas jurídicos de soporte al control oficial, de tal manera que permitan aplicar y controlar, de una forma homogénea, las medidas de ejecución ante los incumplimientos.
7. Asegurar que el control oficial sea realizado siempre por agentes de control oficial independientes y que no puedan estar sometidos a conflicto de intereses.

2. Mejorar la calidad de los controles de la cadena alimentaria

1. Impulso de la formación de personal que actúe como referente para las distintas actividades y sectores a controlar, y los métodos y técnicas de control a aplicar.
2. Mejora del sistema de formación de todo el personal que interviene en la cadena de control oficial, incluyendo al personal de los laboratorios públicos de control oficial, de tal forma que permita aportarles la formación adecuada a su ámbito de actuación, y mantener actualizados sus conocimientos.

3. Mejorar la transparencia del desarrollo de actividades, y la aplicación de los criterios en materia de control oficial

1. Elaboración de informes del resultado de los programas de control oficial, puestos a disposición del público en general de una forma transparente y clara adaptada a las nuevas tecnologías.
2. Implantación de las medidas necesarias para conseguir instaurar la gestión telemática en los trámites más frecuentes en relación con la seguridad alimentaria, con especial prioridad para la autorización o el registro de establecimientos.
3. Modernización de los métodos de cálculo, conceptos, cuantías y la sistemática de las deducciones aplicables al cobro de tasas que se aplican por los controles oficiales de la cadena alimentaria, favoreciendo la plena adaptación a los requisitos establecidos en el Reglamento 882/2004 o Reglamento que los sustituya.
4. Impulso de acciones orientadas a la simplificación administrativa de los diversos trámites alimentarios, con especial referencia a la coordinación de los diversos registros existentes en Autoridades Competentes de otros ámbitos, con especial referencia al turismo.

4. Potenciar las actividades de seguridad alimentaria como aspecto prioritario en el nuevo Plan Estratégico del Servicio Extremeño de Salud

1. Impulso de la realización de un estudio orientado al análisis del modelo organizativo más adecuado para el sistema de seguridad alimentaria, atendiendo a las peculiaridades sociales, económicas y productivas de Extremadura.
2. Actualización de la Cartera de Servicios de Salud Pública del SES, en lo relativo al ámbito de la seguridad alimentaria.
3. Implantación de un sistema de gestión de la calidad total para mejorar el rendimiento.
4. Implementación de las medidas necesarias para que los explotadores de empresas alimentarias, vía telemática, puedan acceder a los informes de los controles oficiales efectuados en su establecimiento.
5. Elaboración y publicación de un documento de referencia que sirva de guía para la implantación de los sistemas basados en los principios de APPCC.
6. Desarrollo e implantación de una política que fomente la aplicación armonizada de los criterios de flexibilidad en la aplicación de las normas de seguridad alimentaria, a lo largo de toda la cadena alimentaria.
7. Mejora del sistema de actuaciones del control oficial, de forma que se garantice la `prestación en cualquier momento y lugar que sea requerido.
8. Mejora de la calidad y la seguridad alimentaria ofertada por los distintos entes, organismos o Consejerías del Gobierno de Extremadura, cuando actúan como proveedores de alimentos (hospitales y comedores escolares públicos, etc.), dedicando para ello recursos propios especializados en este ámbito.

5. Mejorar la gestión del conocimiento del sistema de seguridad alimentaria en Extremadura

1. Establecimiento y fomento de las líneas de evaluación de riesgos prioritarios para Extremadura.
2. Fomento de la formación en materia de seguridad alimentaria, de los operadores de empresas alimentarias a lo largo de toda la cadena alimentaria de Extremadura.
3. Fomento de la participación de todo el personal que interviene en la cadena de control oficial, incluyendo al del personal de los laboratorios públicos de control oficial en actividades docentes, científicas y de otro tipo, relevantes en este ámbito.
4. Fomento de la participación de todas las partes interesadas en materia de Seguridad Alimentaria.
5. Fomento de la mejora del conocimiento mediante la organización de jornadas integrales de control oficial.
6. Impulso, en los laboratorios de control oficial, del desarrollo de técnicas analíticas que permitan el análisis de los riesgos químicos y microbiológicos emergentes en materia de seguridad alimentaria.

14.- SALUD MEDIOAMBIENTAL

Desde la creación de la OMS, en 1946, y la adopción del concepto de salud como el "*estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*", pasando por la aprobación de la carta Europea de Salud y Medio Ambiente en 1989, el reconocimiento como disciplina de la salud ambiental, plasmado en la Carta de Sofía en 1993, hasta llegar a nuestros días con el desarrollo de los Planes de Acción Europeos de Salud y Medio Ambiente, es más que evidente, que dichos conceptos, salud y salud ambiental, han evolucionado de tal forma, que se podría considerar que la integralidad que promueven, ya ha impregnado tanto las actuaciones de los profesionales relacionados con la salud pública, como las percepciones y hábitos de los ciudadanos a los que se quiere proteger.

El hecho de que el medio ambiente ejerce su influencia en la salud de la población, en la medida que ésta se expone a factores externos físicos, químicos y biológicos, se evidencia al establecerse el medio ambiente como un determinante de la salud en las políticas de la Unión Europea en esta materia. A su vez los ciudadanos demandan cada vez más a los poderes públicos, medidas de protección contra la agresión al medio ambiente. Los considerandos de la Directiva 2000/60/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de octubre de 2000 por la que se establece un marco comunitario de actuación en el ámbito de la política de aguas, recogen la necesidad de que la política de la CE en el ámbito del medio ambiente, contribuya a alcanzar los objetivos de conservación, protección y la mejora de la calidad del medio ambiente, y la utilización prudente y racional de los recursos naturales, teniendo en cuenta los datos científicos y técnicos disponibles, las condiciones del medio ambiente en las diversas regiones de la CE, el desarrollo económico y social de la CE en su conjunto y el desarrollo equilibrado de sus regiones, así como las ventajas y cargas que puedan resultar de la acción o de la falta de acción.

Por otro lado, la Ley 5/2010, de 23 de junio, de prevención y calidad ambiental de la Comunidad Autónoma de Extremadura, tiene por objeto establecer un marco normativo adecuado para el desarrollo de la política medioambiental de Extremadura y su integración en el resto de las políticas autonómicas con el fin de obtener un alto nivel de protección del medio ambiente y, de este modo, mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, completando, clarificando y actualizando el marco normativo existente en materia de prevención y calidad ambiental, al tiempo que se configuran nuevos instrumentos de protección ambiental.

De esta manera y considerando el concepto de salud ambiental, establecido en la Ley 7/2011, de 23 de marzo, de Salud Pública de Extremadura, como el conjunto de habilidades y técnicas que las Administraciones Públicas, entidades, organismos y empresas, ponen al servicio del ciudadano para garantizar la disminución o eliminación de los efectos perjudiciales que para la salud puedan causar las agresiones físicas, químicas o biológicas a las que la población está expuesta, los objetivos o directrices de la salud ambiental no pueden limitarse a la mejora de las condiciones mínimas en materia de abastecimientos de agua, prevención de legionelosis, residuos, etc., sino que deben progresar hacia la protección frente a factores de riesgo ambientales emergentes, como las cada vez más frecuentes exposiciones a las sustancias y mezclas químicas, y por otro lado encaminarse hacia la evaluación del impacto en salud, o dicho de otro modo, la evaluación de cómo las actuaciones del hombre en el medio ambiente, y sus interacciones, afectan de modo directo e indirecto en nuestra salud, y el análisis del riesgo implícito en ellas.

En la actualidad y conforme a lo dispuesto en la Ley 7/2011, de 23 de marzo, de Salud Pública de Extremadura, se ha elaborado un proyecto de decreto para la creación de la Comisión de Salud Ambiental, habiéndose iniciado los trámites para su aprobación, a lo que debería seguir, como parte de las funciones de la Comisión, la elaboración del Plan Marco de Salud Ambiental, el cual debería ceñirse a los criterios generales que para su desarrollo establezca la mencionada Comisión.

Por ello, los objetivos de salud ambiental del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020, deberían servir para la consecución, por una parte, de la reordenación y reorganización de normas, planes o programas, y en consecuencia todas aquellas acciones de protección de la salud humana y de la salud ambiental, respetando siempre las actuaciones propias de cada departamento implicado en la salud ambiental, evitando así duplicidades, conflictos o descoordinación, y por otra parte y consecuentemente, para lograr que la salud ambiental se convierta, efectivamente, en el conjunto de habilidades y técnicas que protejan la salud mediante la mejora del control oficial y la transparencia, integrando el concepto de la evaluación del impacto en salud y la evaluación del riesgo, en todas las actuaciones de las administraciones y de los ciudadanos.

OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

Objetivo 19. - Implantar los sistemas de coordinación y los ámbitos de actuación, necesarios y eficientes, en materia de Salud Ambiental, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Responsables:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Consejería de Salud y Política Social
- Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES
- Dirección General de Medio Ambiente, de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medioambiente y Energía

Criterios de Evaluación:

- Existencia de la Comisión de Salud Ambiental de Extremadura
- Grado de implantación y desarrollo Plan Marco de Salud Ambiental de Extremadura
- Resultados de seguimiento y evaluación del Plan Marco de Salud Ambiental de Extremadura

Líneas de actuación:

19.1.- Creación de la Comisión de Salud Ambiental de Extremadura, como garantía de la coordinación entre las Consejerías u Organismos con competencias en materia de salud ambiental.

Responsables:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Dirección General de Medio Ambiente, de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medioambiente y Energía
- Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES

Evaluación:

- Existencia de la Comisión de Salud Ambiental
- Número de reuniones, de informes y/o actividades, por año, de la Comisión de Salud Ambiental

19.2.- Elaboración, implantación, desarrollo, y seguimiento del Plan Marco de Salud Ambiental de Extremadura, que entre otros establecerá las distintas áreas de intervención dentro de la salud ambiental y los órganos responsables del control oficial, así como los procedimientos de actuación e intercambio de información entre los mismos.

Responsables:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Dirección General de Medio Ambiente, de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medioambiente y Energía
- Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES

Evaluación:

- Disponibilidad del Plan Marco de Salud Ambiental
- Disponibilidad del informe de resultados de seguimiento y evaluación del Plan Marco de Salud Ambiental

Objetivo 20. - Mejorar la accesibilidad, la calidad y la eficiencia de los sistemas de control oficial de las actividades, establecimientos, e instalaciones con impacto en la salud ambiental.

Responsables:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Consejería de Salud y Política Social
- Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES
- Dirección General de Medio Ambiente, de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medioambiente y Energía

Criterios de Evaluación:

- Actividades desarrolladas para la mejora de los sistemas de control oficial en salud ambiental

Líneas de actuación:

20.1.- Identificación de las líneas de actuación prioritarias respecto a los riesgos ambientales.

Responsables:

- **Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección General de Medio Ambiente, de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medioambiente y Energía

Evaluación:

- Disponibilidad de los documentos de identificación de las líneas de actuación sobre riesgos ambientales

20.2.- Creación de grupos de inspección especializados, conforme a la identificación de riesgos ambientales, de especial exigencia y complejidad.

Responsable:
- **Dirección Gerencia del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES

Evaluación:
- Nº de grupos de inspección especializados en riesgos ambientales de especial exigencia y complejidad operativos

20.3.- Integración de todas las actuaciones en materia de salud ambiental, en los sistemas de información del SES.

Responsables:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Subdirección de Sistemas de Información del SES
- Dirección Gerencia del SES
- Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES

Evaluación:
- Nº de censos y módulos de control oficial, integrados y disponibles en los Sistemas de Información del SES

20.4.- Implantación de un sistema de tramitación telemática, para la gestión de registros o autorizaciones en materia de salud ambiental.

Responsables:
- **Subdirección de Sistemas de Información del SES**
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación:
- Nº aplicaciones disponibles con acceso telemático, para la tramitación de procedimientos de salud ambiental

20.5.- Elaboración de Manuales de procedimientos normalizados de trabajo en todas las áreas de actuación de salud ambiental.

Responsable:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES

Evaluación:
- Existencia, disponibilidad y número de manuales de procedimientos normalizados de trabajo para los agentes de control oficial

20.6.- Elaboración de un procedimiento normalizado de trabajo para la gestión de la vigilancia en los distintos niveles estructurales.

Responsables:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES
- Dirección General de Medio Ambiente, de la Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medioambiente y Energía

Evaluación:

- Existencia, disponibilidad y número de Manuales de procedimientos normalizados de trabajo para los agentes de control oficial y para la vigilancia medioambiental en los diferentes niveles estructurales

20.7.- Publicación de los programas de control y elaboración de informes de resultados de vigilancia en salud ambiental.

Responsables:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección Gerencia del SES
- Subdirección de Salud Alimentaria y Ambiental del SES

Evaluación:

- Número de publicaciones de programas de control, y de informes de resultados de vigilancia en salud ambiental

20.8.- Acreditación de los laboratorios de salud pública del SES, en las técnicas de determinación propias de salud ambiental.

Responsables:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección Gerencia del SES

Evaluación:

- Evolución del número de técnicas de determinación propias de salud ambiental acreditadas, en los Laboratorios de Salud Pública del SES

15.- PROMOCIÓN, SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL ESTADO DE SALUD: SALUD INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE, SALUD DE LA MUJER, SALUD DEL ADULTO, Y SALUD DEL MAYOR

La presente área de intervención sobre la promoción, el seguimiento y el control del estado de salud, ha sido enfocada desde la perspectiva del ciclo vital de las personas, dado que la promoción de la salud, su seguimiento y el control de la misma, así como la prevención de la enfermedad, deben desarrollarse de forma continuada, a lo largo de las diferentes etapas de la vida. Es por ello que ha sido dividida en cuatro subgrupos o subáreas, como son : la salud infantil y del adolescente; la salud de la mujer; la salud del adulto; y la salud del mayor. De esta manera se pretende abarcar todas las etapas de la vida y aquellas situaciones particulares o propias, bajo un enfoque y abordaje de género.

Desde el Plan de Salud de Extremadura 2013-2020, se promulga la elaboración, implantación, el seguimiento y la evaluación de planes y programas de salud, ya sean marcos o integrales, como instrumentos básicos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que persigan no solo la adecuada atención sanitaria y sociosanitaria, sino también la implicación y la corresponsabilidad de las personas en la adquisición de conocimientos, hábitos y conductas saludables, en beneficio de su propia salud y bienestar, tanto individual como colectivamente.

En el mismo sentido, cabe mencionar la trascendencia de las actuaciones dirigidas al fomento e impulso de una adecuada utilización de los recursos y servicios sanitarios, por parte de toda la población, así como de la participación comunitaria en los ámbitos sanitario y sociosanitario.

15.A.- SALUD INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE

Las principales causas de morbilidad y mortalidad de la persona adulta en Extremadura están asociadas con situaciones y hábitos poco saludables que suelen adquirirse temprano en la etapa de la infancia y/o de la adolescencia. Por ello, la implementación de medidas que fomenten los estilos de vida saludable y la mejora de la salud desde la infancia tendrán una indudable repercusión positiva en el estado de salud y la calidad de vida de la futura población adulta.

En este sentido, resulta crucial desarrollar estrategias que promuevan tanto la actividad física y la alimentación saludable y equilibrada desde el inicio de la vida, como la instauración de la lactancia materna y su continuidad, de tal manera que garanticen una nutrición óptima y una protección frente a las enfermedades infecciosas y las alergias en la edad infantil.

El “Programa de Salud Infantil y del Adolescente”, vital para mantener un buen sistema de vigilancia del desarrollo infantil y adquisición de hábitos saludables, ha sido implantado de forma efectiva en todo el SSPE, con claras consecuencias positivas para la salud infantil. Este Programa es una actuación básica de salud pública, y por ello se debe seguir potenciando para lograr coberturas adecuadas, y se debe actualizar sobre la base del estado actual del conocimiento científico para garantizar la máxima calidad de sus actividades.

Es fundamental, que desde el mencionado programa, se lleve a cabo el abordaje de patologías prevalentes en la infancia, como la obesidad, el asma y otras patologías emergentes, como la propia de la población infantil adoptada, o la inmigrante. Los estudios actuales apuntan hacia un aumento significativo del sobrepeso y la obesidad infantil, donde el sedentarismo parece que juega un papel fundamental, y que está afectando principalmente a la población con un nivel socioeconómico y de educación más bajo.

Otros programas, ya en desarrollo, y de singular importancia para la salud infantil, son los que atienden a la salud bucodental (Padiex), la detección precoz de las metabolopatías, trastornos endocrinológicos, fibrosis quística de páncreas, anemias congénitas, y detección precoz de las hipoacusias, que se han consolidado y han conseguido altas coberturas, lo que refleja la necesidad tanto de su continuidad, como de su potenciación.

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

OBJETIVO 21. – Desarrollar estrategias y acciones, que favorezcan la salud y prevengan la enfermedad desde el nacimiento, pasando por la etapa escolar y adolescencia.

Responsables:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Criterios de Evaluación:
- Actividades y estrategias desarrolladas para el fomento de la lactancia materna
- Actividades desarrolladas para la prevención de la obesidad infantil
- Grado de implantación y desarrollo del “Programa de Salud Infantil y del Adolescente”
- Resultados de evaluación del “Programa de Salud Infantil y del Adolescente”

Líneas de Actuación:

21.1.- Promoción, adecuación e impulso del número de centros de salud y hospitales que se incorporen a la “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia” (IHAN), con objetivo de asegurar prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento.

Responsables:
- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- Gerencias de las Áreas de Salud

Evaluación:
- Número de centros de salud y hospitales que forman parte de la “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia”

21.2.- Desarrollo de campañas de sensibilización de la población general, para el fomento de la lactancia materna.

Responsables:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**

Evaluación:
- Número de campañas de sensibilización, para el fomento de la lactancia materna, realizadas
- Descriptores generales de las campañas de sensibilización, para el fomento de la lactancia materna

21.3.- Potenciación y actualización del "Programa de Salud del Niño y Adolescente", según la evidencia científica disponible.

Responsables:
- **Subdirección de Atención Primaria del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación:
- Número de actualizaciones realizadas al "Programa de Salud del Niño y Adolescente"
- Disponibilidad del informe de evaluación del "Programa de Salud Infantil y del Adolescente"

21.4.- Desarrollo y puesta en marcha de la aplicación informática, en la historia de salud digital, que permita monitorizar la información y las patologías detectadas en los controles de salud del "Programa de Salud Infantil y del Adolescente", para una correcta planificación de las acciones dirigidas a reducir los problemas de salud en la población infantil y adolescente.

Responsable:
- **Subdirección de Atención Primaria del SES**
- Subdirección de Epidemiología del SES
- Subdirección de Sistemas de Información del SES

Evaluación:
- Existencia de la aplicación informática, para la explotación centralizada de los datos sobre los controles de salud infantil y adolescente

21.5.- Potenciación y ampliación de la cobertura del Plan de promoción del consumo de fruta en la escuela, a todos los centros escolares de Extremadura, en colaboración con las Consejerías de Agricultura, Desarrollo Rural, Medioambiente y Energía, y la de Educación y Cultura.

Responsable:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía.
- Consejería de Educación y Cultura

Evaluación:
- Número y/o porcentaje de nuevos centros escolares, y número de alumnos/as beneficiarios/as del Plan de promoción del consumo de fruta en la escuela

21.6.- Desarrollo e implantación en atención primaria, en todas las zonas de salud, de un programa de atención a la obesidad infantil, con especial implicación de la enfermería con atención pediátrica (contando para ello con profesionales con formación en educación sobre alimentación saludable y ejercicio físico).

Responsable:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Subdirección de Atención Primaria del SES
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Evaluación:
- Disponibilidad y grado de implantación del programa de atención a la obesidad infantil

21.7.- Elaboración e implantación de un protocolo único de ejecución del "Programa de Detección Precoz de Hipoacusias" para todas las áreas de salud.

Responsable:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Dirección General de Atención Especializada del SES

Evaluación:
- Existencia del protocolo único de ejecución del "Programa de Detección Precoz de Hipoacusias"
- Registro de casos detectados de hipoacusias

21.8.- Puesta en marcha de una aplicación informática que permita automatizar el proceso de resultados del Programa de cribado de metabolopatías, trastornos endocrinológicos, fibrosis quística de páncreas y anemias congénitas.

Responsable:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Subdirección de Sistemas de Información del SES

Evaluación:
- Existencia de la aplicación informática para automatizar resultados del Programa de cribado de metabolopatías, trastornos endocrinológicos, fibrosis quística de páncreas y anemias congénitas

21.9.- Elaboración de un documento de consenso sobre comedores escolares y puesta en marcha del mismo, en colaboración con la Consejería de Educación.

Responsable:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Consejería de Educación y Cultura

Evaluación:
- Disponibilidad y desarrollo del Documento de Consenso sobre comedores escolares

21.10.- Ampliación y consolidación del número de centros escolares que pertenecen a la "Red de Escuelas Promotoras de la Salud" y a la "Red de Escuelas Promotoras de la Actividad Físico-Deportiva", así como a la "Red de Escuelas Extremeñas para el Desarrollo de la Inteligencia Emocional".

Responsable:
- **Secretaria General de Educación de la Consejería de Educación y Cultura**
- Servicio de Participación Comunitaria en Salud del SES

Evaluación:
- Número y/o porcentaje de centros escolares incluidos en las Redes de Escuelas: Promotoras de la Salud; Promotoras de la Actividad Físico-Deportiva, y para el Desarrollo de la Inteligencia Emocional
- Cobertura total de alumnado beneficiado por las Redes de Escuelas

21.11.- Continuidad del Padiex, potenciando su cobertura, y elaboración de un estudio de epidemiológico en la población diana.

Responsable:
- **Subdirección de Atención Primaria del SES**

Evaluación:
- Descriptores del Programa Padiex
- Elaboración de un estudio epidemiológico de la salud bucodental de la población diana

21.12.- Creación de una red para la coordinación en Atención Temprana para el diagnóstico precoz, seguimiento, y apoyo de niños/as recién nacidos/as, con alguna discapacidad o factores de riesgo de padecerla.

Responsable:
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección Gerencia del SEPAD
- Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación:
- Existencia y funcionamiento de una red para la coordinación en Atención Temprana para el diagnóstico precoz, seguimiento, y apoyo de niños/as recién nacidos/as, con alguna discapacidad o factores de riesgo de padecerla

15.B.- SALUD DE LA MUJER

La salud de la mujer es una esfera con identidad propia, dentro de la atención sanitaria y la investigación, con particulares necesidades, problemas e implicaciones, por lo que se convierte en una prioridad sanitaria para Extremadura.

La atención específica a la mujer por parte del SSPE se basa, esencialmente, en los servicios recogidos en la Cartera de Servicio de Atención Primaria del SES (cuidados prenatales y atención al puerperio; métodos anticonceptivos; diagnóstico precoz del cáncer ginecológico; atención a la mujer en el climaterio) y en los Programas de Detección Precoz de Cáncer de Mama y de Cérvix, como principales actuaciones de prevención secundaria.

Durante el periodo de vigencia del *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012* se han revisado y actualizado los Programas de Detección Precoz de Cáncer, ampliando la cobertura del Programa de mama hasta los 69 años de edad y realizando con el Programa de cérvix un estudio piloto con resultados positivos.

Así mismo, se han desarrollado otras actividades relacionadas con la salud de la mujer, entre las cuales destaca la elaboración y puesta en funcionamiento de la cartilla de salud de la embarazada, la implantación de la Guía de abordaje de las IVE y de la Guía de Atención al Parto Normal y del Recién Nacido/a, y la creación del Banco de Leche Humana, así como las relacionadas con la atención a la violencia de género, las cuales son descritas y abordadas en el apartado específico de violencias de este Plan de Salud.

La situación actual de las mujeres, requiere de un abordaje sociosanitario centrado en actuaciones de prevención y promoción de la salud, incentivando la promoción de una dieta equilibrada y la realización de ejercicio físico, prevención de embarazos no deseados, lactancia materna, desarrollo de una vida activa y plena, prevención de riesgos laborales, así como la reducción de hábitos no saludables (tabaco, alcohol y sexo no seguro), y una especial e importante atención durante etapas claves, como son la menopausia y el climaterio.

Desde el *Plan de Salud de Extremadura 2013-2020* se propone la elaboración de un programa marco de actuación para la promoción de la salud de la mujer, y la atención a la salud, durante todas las etapas y situaciones de su vida, que requieran medidas concretas, para así lograr una atención integral de su salud, que contribuya a la mejora de la misma de manera integral, optimizando los recursos y estructuras ya existentes, y por otro lado, implementando acciones específicas en aquellos aspectos que aún no han sido desarrollados en su totalidad, concentrando así actuaciones, y aunando esfuerzos.

La Consejería de Salud y Política Social, a través del Instituto de la Mujer de Extremadura, asume un papel clave, tanto en el desarrollo de medidas específicas de igualdad, como en la orientación de la estrategia de transversalidad. En este sentido, desde el “Plan para la Igualdad de las Mujeres de Extremadura 2013-2016”, y siguiendo las directrices marcadas en el “III Plan para la Igualdad de Oportunidades de las Mujeres de Extremadura” (Área 2, Igualdad para mejorar la calidad de vida), se continúa trabajando en la misma línea, para reforzar las condiciones que inciden en la mejora de la calidad de vida de las mujeres y en la igualdad de oportunidades.

Se pretende visualizar las diferencias de género, potenciando la prevención, la detección e intervención en todos los aspectos que afectan a la vida de las mujeres, haciendo especial hincapié en los problemas de mayor urgencia, atendiendo a la diversidad de las mismas, tal es el caso de las situaciones de la salud de las mujeres victimas de la violencia de género. La igualdad y la salud están relacionadas con el concepto de calidad de vida. La mejora de su salud de manera integral conlleva la integración del principio de igualdad y el enfoque de género en las acciones sanitarias y proporcionar educación socio sanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual, métodos anticonceptivos, y la prevención de infecciones de transmisión sexual y de embarazos no deseados.

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

Objetivo 22. - Desarrollar e implantar estrategias dirigidas a garantizar la promoción de la salud y la atención integral de la salud de la mujer, durante todas las etapas de su vida.

Responsables:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Subdirección de Atención Primaria del SES
- Instituto de la Mujer de Extremadura

Criterios de Evaluación:
- Estrategias desarrolladas para la promoción de la salud y la atención integral de la salud de la mujer
- Grado de implantación y desarrollo del Programa de Promoción de la Salud y de Atención Integral a la Salud a la Mujer en Extremadura
- Resultados de seguimiento y evaluación del nuevo Programa de Promoción de la Salud y de Atención Integral a la Salud de la Mujer en Extremadura

Líneas de Actuación:

22.1.- Elaboración, implantación, desarrollo, y realización del seguimiento y la evaluación, del nuevo Programa de Promoción de la Salud y de Atención Integral a la Salud de la Mujer en Extremadura, durante todas las etapas de su vida, durante el periodo de vigencia del PSE 2013-2020.

Responsables:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación:
- Disponibilidad del nuevo Programa de Promoción de la salud y de Atención Integral a la Salud de la Mujer en Extremadura
- Disponibilidad del informe de seguimiento y evaluación del nuevo Programa de Promoción de la Salud y de Atención Integral a la Salud de la Mujer en Extremadura
- Porcentaje de actuaciones, del Programa de Promoción de la Salud y de Atención Integral de Salud de la Mujer en Extremadura, que aparecen recogidas en la Cartera de Servicios del SES

22.2.- Potenciación, actualización si procede, desarrollo, seguimiento y evaluación, del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama, integrándolo dentro de los propios sistemas de información del SES.

Responsables:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Subdirección de Sistemas de Información del SES

Evaluación:
- Actualizaciones, si proceden, del Programa Detección Precoz de Cáncer de Mama
- Integración del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama, en los sistemas de información del SES
- Disponibilidad de descriptivos y/o resultados del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama

22.3.- Implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cérvix en todos los Centros de Atención Primaria de Extremadura.

Responsables:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Subdirección de Atención Primaria del SES
- Dirección Gerencia del SES

Evaluación:

- Grado de Implantación y desarrollo del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cérvix
- Resultados de seguimiento y evaluación del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cérvix

22.4.- Revisión, adaptación, o nueva elaboración si procede, de los programas de asesoramiento genético, diagnóstico prenatal y preimplantacional.

Responsables:

- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- Dirección Gerencia del SES

Evaluación:

- Existencia y disponibilidad de actualizaciones o de nueva elaboración, si procede, de los programas de asesoramiento genético, diagnóstico prenatal y preimplantacional
- Indicadores de cobertura de los programas de diagnóstico prenatal y asesoramiento genético

22.5.- Potenciación, desarrollo, actualización si procede, y evaluación de los servicios referidos a la promoción de la salud y a la atención integral de la salud de la mujer, integrados en la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SES.

Responsables:

- **Subdirección de Atención Primaria del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES

Evaluación:

- Existencia de actualizaciones, si procede, de los servicios Integrados en la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SES, dirigidos a la promoción de la salud y a la atención integral de la salud de la mujer
- Disponibilidad de datos de evaluación de los servicios referidos a la promoción de la salud y a la atención integral de la salud de la mujer incluidos en Cartera de Servicios de Atención Primaria del SES y evolución de los mismos

22.6.- Desarrollo de las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud.

Responsable:

- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**

Evaluación:

- Existencia del informe de actividad, de acciones realizadas y resultados obtenidos, en relación con la estrategia de atención al parto normal del SNS
- Nº de actividades y proyectos desarrollados en Extremadura en relación con la Estrategia de Atención al Parto Normal

22.7.- Mantenimiento y disponibilidad de la oferta de anestesia epidural en la atención al parto, en todos los hospitales del SES.

Responsable:

- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**

Evaluación:

- Disponibilidad de anestesia epidural en todos los hospitales del SES

15.C.- SALUD DEL ADULTO

En la etapa adulta, el ser humano alcanza la plenitud de su desarrollo biológico y psíquico, tiene capacidad de reproducirse y es responsable del cuidado de niños/as y ancianos/as dependientes. Los objetivos y acciones establecidos para los próximos años, están dirigidos hacia la promoción de personas y hogares saludables impulsores de salud, siendo éstos últimos, junto con la escuela, espacios decisivos para generar y transmitir hábitos y conductas “sanas o potenciadoras de salud”.

Tanto en la edad adulta, como en la siguiente etapa de mayores de 65 años, resulta de especial interés el adecuado desarrollo de planes y programas sanitarios, que recogidos ya en anteriores Planes de Salud de Extremadura, se encuentran actualmente implantados.

La mejora del nivel de vida y el establecimiento de determinadas medidas sanitarias ha aumentado la esperanza de vida y un envejecimiento progresivo de la población, lo que conlleva un incremento de la morbilidad en lo referente a enfermedades crónicas. Si a todo ello, añadimos la enorme trascendencia socioeconómica de estas enfermedades, queda de manifiesto la importancia de estos problemas de salud en la persona adulta.

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social, así como una dimensión importante de la calidad de vida. La consecuencia del estado óptimo de la salud no es exclusiva de las instituciones y de los distintos colectivos de profesionales sanitarios (incluidos los de las unidades de salud laboral, de los servicios de prevención de riesgos laborales), sino que es el resultado, de forma muy determinante, del estilo de vida que la persona lleve.

El *Plan de Salud de Extremadura 2013-2020,* propugna para la etapa adulta de la vida, la sensibilización sobre la necesidad de crear hábitos saludables, incidiendo en el fomento de la actividad física y de la alimentación saludable, así como en la prevención del hábito tabaquico, del sobrepeso y de otros problemas de salud (como son las enfermedades cardiovasculares, las mentales, las metabólicas, las osteo-articulares, las laborales, el cáncer, las drogodependencias y otras conductas adictivas, etc), junto a un acercamiento positivo y respetuoso hacia la salud afectiva, sexual y reproductiva, que permita que los derechos sexuales de todas las personas sean respetados, protegidos y cumplidos.

Se favorecerá, la participación comunitaria y la adquisición de los conocimientos básicos por la población general, ambas dirigidas a la concienciación de la responsabilidad que tiene cada persona, en la mejora y cuidado de su propia salud, y en el uso adecuado y responsable de los medicamentos y de los servicios sanitarios.

Dado el paulatino incremento de IVEs en Extremadura durante los últimos años, puede considerarse de gran utilidad el desarrollo de campañas de prevención de embarazos no deseados, especialmente dirigidos a personas jóvenes adultas.

Desde la Consejería de Salud y Política Social del Gobierno de Extremadura, se considera prioritario establecer políticas de salud encaminadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la adquisición de hábitos y estilos de vida saludables, implicando a entidades sanitarias y no sanitarias, personas y comunidades. Se persigue optimizar los servicios sanitarios mediante un sistema de salud integral, y una adecuada coordinación entre los niveles asistenciales, mejorando la atención a los pacientes e incrementando el uso racional de los recursos del SSPE y mejorando la coordinación y colaboración con los servicios sanitarios de medicina del trabajo, presentes tanto en las empresas públicas como privadas.

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

Objetivo 23.- Implantar, desarrollar, y realizar el seguimiento y la evaluación, de las estrategias dirigidas a garantizar la promoción de la salud, los estilos de vida saludables, el uso adecuado de los recursos del SSPE, y la Atención a la Salud de las Personas Adultas en Extremadura.

Responsables:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Subdirección de Atención Primaria del SES

Criterio de Evaluación:
- Estrategias desarrolladas para la promoción de la salud y la atención integral de la salud en la edad adulta en Extremadura
- Grado de implantación y desarrollo del Programa de Atención a la Salud en la Edad Adulta en Extremadura
- Resultados de seguimiento del Programa de Atención a la Salud en la Edad Adulta en Extremadura
- Grado de implantación y desarrollo del Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva en Extremadura
- Resultados de seguimiento del Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva en Extremadura

Líneas de Actuación:

23.1.- Elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación del nuevo Programa de Promoción de la Salud, los estilos de vida saludables, el uso adecuado de los recursos sanitarios y la Atención Integral de las Personas Adultas en Extremadura, antes del año 2017.

Responsables:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Subdirección de Atención Primaria del SES

Evaluación:
- Disponibilidad del nuevo Programa de Promoción de la Salud y Atención Integral de las Personas Adultas en Extremadura
- Disponibilidad del informe de resultados de seguimiento y evaluación del Programa de Promoción de la Salud y Atención Integral de las Personas Adultas en Extremadura

23.2.- Potenciación, desarrollo, actualización y evaluación de los servicios integrados en la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SES, referidos a la Promoción de la Salud y a la Atención de la Salud de las personas adultas.

Responsables:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Subdirección de Atención Primaria del SES

Evaluación:
- Disponibilidad de actualizaciones de los servicios Integrados en la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SES, dirigidos a la Promoción de la Salud y a la Atención Integral de la Salud de las Personas Adultas
- Disponibilidad de datos de evaluación de los servicios, incluidos en Cartera de Servicios de Atención Primaria del SES, referidos a la Promoción de la Salud y a la Atención a las Personas Adultas

23.3.- Elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación del Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva en Extremadura, que contemple todas las etapas de la vida de la persona, antes de 2016.

Responsables:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Subdirección de Atención Primaria del SES

Evaluación:
- Disponibilidad del Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva
- Disponibilidad informe de resultados de seguimiento y evaluación del Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva

23.4.- Puesta en marcha y potenciación de medidas dirigidas a la prevención, compartida entre hombres y mujeres, de embarazos no deseados, especialmente en la persona adulta joven.

Responsables:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Subdirección de Atención Primaria del SES
- Instituto de la Mujer de Extremadura (IMEX)

Evaluación:
- Número de actuaciones y/o campañas de prevención dirigidas a reducir los embarazos no deseados
- Evolución del número de casos de IVE en Extremadura, por cohortes de edad

23.5.- Potenciación de estrategias y programas dirigidos a la promoción de la salud, la mejora de la calidad de vida, estilos de vida saludables, el uso adecuado de los recursos del SSPE y a la prevención de la enfermedad y de la dependencia, como herramienta sostenible, principalmente en Atención Primaria.

Responsables:
- **Dirección General de Salud Pública del SES.**
- Subdirección de Atención Primaria del SES
- Dirección General de Deportes de la Presidencia del Gobierno de Extremadura
- Dirección Gerencia del SEPAD

Evaluación:

- Disponibilidad y número de Estrategias y programas relacionados con la promoción de la salud, la mejora de la calidad de vida, estilos de vida saludables, el uso adecuado de los recursos del SSPE, y a la prevención de la enfermedad y de la dependencia
- Disponibilidad de resultados de seguimiento y evaluación de Estrategias y Programas relacionados con la promoción de la salud, la mejora de la calidad de vida, estilos de vida saludables, el uso adecuado de los recursos del SSPE y a la prevención de la enfermedad y de la dependencia

23.6.- Elaboración y puesta en marcha del Programa de Cribado Poblacional de Cáncer de Colon para personas mayores de 50 años.

Responsables:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación:

- Disponibilidad y grado de desarrollo del Programa de Cribado Poblacional de Cáncer de Colon para personas mayores de 50 años

15.D.- SALUD DEL MAYOR

El envejecimiento del ser humano es un proceso dinámico, natural, progresivo e irreversible con interrelación de diferentes factores (biológicos, psíquicos y sociales) que condicionan la esperanza de vida. Se concibe actualmente como un proceso saludable que debe ser vivido con actitud positiva para que las personas mayores mantengan su actividad y puedan seguir siendo independientes para las actividades de la vida diaria.

La OMS establece el uso del término "Adulto Mayor" para referirse a personas de 65 años o más, en los países desarrollados.

El impacto del envejecimiento demográfico es un problema común en todos los sistemas de salud de la UE. Se prevé un aumento de la proporción de la población total europea, mayor de 65 años, de 16,1% en el año 2000, frente al 27,5% estimado en el año 2050. La proporción de la población mayor de 80 años, fue del 3,6% en el 2000, y se prevé que llegue al 10% en 2050.

La población extremeña en 2012, según el INE, se ha visto envejecida, siendo el número total de personas, con 65 y más años de edad, de 213.215 (91.435 hombres y 121.780 mujeres). Las cifras de proyección de la población con esa edad, estimadas para el año 2012, se han visto superadas en más de 7.800 personas, y superan incluso a las cifras previstas de población para el año 2019. La población en Extremadura, mayor de 65 años, representa el 19,24%, respecto al 17,40% en la población española, y los mayores de 80 años en Extremadura el 6,10%, frente al 5,27% en el ámbito estatal.

El envejecimiento poblacional conlleva un importante y progresivo aumento de la morbilidad asociada a procesos crónicos y degenerativos, frecuentemente incapacitantes, por lo que los objetivos a largo plazo de las políticas de salud deberían estar enfocados a procurar un aumento de los años de vida libres de discapacidad, y un envejecimiento activo y saludable.

Este concepto de envejecimiento activo, entendido como el "proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen" (OMS 2001) es promovido por entidades como el SEPAD entre cuyas funciones destacan la coordinación, desarrollo y ejecución de la política social en materia de dependencia y programas de promoción de la autonomía personal, mayores y envejecimiento activo.

Para poder disminuir la incidencia, la prevalencia y la intensidad de la enfermedad, la discapacidad y con ello la dependencia de la persona mayor, es preciso actuar sobre tres acciones fundamentales: la promoción de la salud favoreciendo un envejecimiento activo y saludable; la prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades crónicas; y la disponibilidad de unos servicios sanitarios eficientes para este grupo de población, siendo fundamental realizar la valoración integral de la persona que padece alguna patología, tanto clínica, funcional-física, mental, emocional y socio-familiar.

El *Plan de Salud de Extremadura 2013-2020*, propugna el desarrollo de estrategias que garanticen la promoción de la salud y la atención integral de las personas mayores, con planes y programas que abarquen tanto al ámbito sanitario como sociosanitario, y que promuevan el auto-cuidado de la persona mayor.

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

Objetivo 24.- Implantar, desarrollar, y realizar el seguimiento y la evaluación, de las estrategias dirigidas a garantizar la Promoción de la Salud y la Atención Integral de la Salud de las Personas Mayores en Extremadura, contemplando la Promoción de la Autonomía Personal, así como la Prevención de la Enfermedad y la Dependencia.

Responsables:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Dirección Gerencia del SEPAD
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Subdirección de Atención primaria del SES

Criterios de Evaluación:

- Estrategias desarrolladas para la promoción de la salud y la atención a la salud de la personas mayores en Extremadura
- Grado de implantación y desarrollo del nuevo Programa de Promoción de la Salud y Atención Integral a la Salud de las Personas Mayores
- Resultado de seguimiento y evaluación del Programa de Promoción de la Salud y Atención Integral a la Salud de las Personas Mayores

Líneas de Actuación:

24.1.- Elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación, del nuevo Programa de Promoción de la Salud y Atención Integral a la Salud de las Personas Mayores en Extremadura, antes del año 2016.

Responsables:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Dirección Gerencia del SEPAD
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Subdirección de Atención Primaria del SES

Evaluación:

- Disponibilidad del nuevo Programa de Promoción de la Salud y Atención Integral a la Salud de las Personas Mayores
- Disponibilidad del informe de resultados de seguimiento y evaluación del Programa de Promoción de la Salud y Atención Integral a la Salud de las Personas Mayores

24.2.- Desarrollo, actualización y evaluación de los servicios integrados en la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SES, referidos a la Promoción de la Salud y la Atención Integral de la Salud de la Persona Mayor.

Responsables:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Subdirección de Atención Primaria del SES
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección Gerencia del SEPAD

Evaluación:

- Actuaciones relacionadas con la Promoción de la Salud y la Atención Integral de la Salud de la Persona Mayor incluidas en la Cartera de Servicios de A. P. del SES
- Existencia y disponibilidad de actualizaciones de los servicios integrados en la Cartera de Servicios de A. P. del SES, dirigidos a la persona mayor
- Disponibilidad de datos de evaluación de los servicios incluidos en la Cartera de Servicios de A. P. del SES, referidos a la Promoción de la Salud y la Atención Integral de la Persona Mayor

24.3.- Diseño, implantación, seguimiento y evaluación, de estrategias o programas dirigidos a: la promoción de hábitos saludables en la persona mayor; la autonomía personal (promoción del envejecimiento activo); y la adecuada utilización de los recursos sanitarios y sociosanitarios.

Responsables:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Dirección Gerencia del SEPAD
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Subdirección de Atención Primaria del SES
- Dirección General de Deportes de Presidencia del Gobierno de Extremadura

Evaluación:

- Existencia y disponibilidad de estrategias o programas dirigidos a: la promoción de hábitos saludables en la persona mayor; la autonomía personal (promoción del envejecimiento activo); y la adecuada utilización de los recursos sanitarios y sociosanitarios
- Disponibilidad de resultados de seguimiento y evaluación de estrategias o programas dirigidos a: la promoción de hábitos saludables en la persona mayor; la autonomía personal (promoción del envejecimiento activo); y la adecuada utilización de los recursos sanitarios y sociosanitarios

24.4.- Desarrollo de la Cartera de Servicios de los Centros de Mayores del SEPAD

Responsable:

- **Dirección Gerencia del SEPAD**
- Consejería de Salud y Política Social

Evaluación:

- Evolución del número de actividades incluidas en la Cartera de Servicios de los Centros de Mayores

16.- SALUD LABORAL

Se define la Salud Laboral como “aquella actividad que tiene como finalidad fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones, prevenir todo daño a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo, protegerlos en su empleo contra los riesgos para la salud y colocar y mantener al trabajador en un empleo que convenga a sus aptitudes psicológicas y fisiológicas. En suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su trabajo” (definición del Comité Mixto de la OMS y la Organización Internacional del Trabajo, año 1950).

Los daños a la salud ocasionados por unas condiciones de trabajo no apropiadas, representan un problema sanitario prioritario, y tienen una repercusión social muy importante. Los factores de riesgo presentes en el trabajo, así como los daños a la salud que pueden ocasionar son modificables, y por tanto se puede intervenir en sus consecuencias.

La Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2007-2012, ha constituido el principal instrumento para establecer el marco general de las políticas de prevención de riesgos laborales a corto, y sobre todo a medio y largo plazo. Partiendo de un diagnóstico de situación actual, identificando objetivos y desarrollando las líneas de actuación para el periodo de tiempo establecido. Dota de coherencia y racionalidad a las actuaciones en materia de seguridad y salud en el trabajo desarrolladas por todos los actores implicados en la prevención de riesgos laborales. Sus dos objetivos generales son: disminución de la siniestralidad laboral y mejora progresiva de los niveles de seguridad y salud en el trabajo.

Por otra parte, la aprobación, publicación y puesta en marcha del Plan Integral de Salud Laboral 2008-2012 (PLISALAB), dio cumplimiento a uno de los objetivos del Plan de Salud de Extremadura 2005-2008, en el que se pretendía implicar a todos los responsables, favoreciendo la coordinación de las actividades preventivas, el registro de datos y el intercambio de información entre las distintas instituciones con competencia en salud laboral de Extremadura. Fue elaborado por varios grupos de trabajo, pertenecientes a los distintos sectores implicados, con el objetivo de ofrecer una respuesta conjunta y organizada para la prevención de riesgos laborales y la mejora de la seguridad y salud en el trabajo. Sus objetivos y líneas de actuación quedaron repartidos en siete Áreas de intervención: Vigilancia de la Salud, Daños a la Salud, Sistemas de información, Coordinación, Promoción de la Salud, Formación, e Investigación.

La ley de Salud Pública de Extremadura en su Título IV de la Protección de la Salud, Capítulo III de la Salud Laboral, hace referencia a la elaboración del Plan Estratégico de Salud Laboral como instrumento de planificación y coordinación, y para el desarrollo de acciones en materia de salud laboral en Extremadura.

Por todo lo anterior, se puede afirmar que la Comunidad Autónoma de Extremadura dispone de dos documentos que, partiendo de la Estrategia Española, son complementarios y se apoyan mutuamente, cuyos objetivos y líneas de actuación implican retos importantes, y que persiguen la consecución del mismo fin: la mejora las condiciones de trabajo y salud de todos sus trabajadores y trabajadoras.

Desde el *Plan de Salud de Extremadura 2013-2020,* se aboga por favorecer las estrategias que supongan una integración de esfuerzos y una correcta coordinación de actuaciones llevadas a cabo por las instituciones y organismos que tienen responsabilidad en la Salud Laboral. Específicamente se facilitará la consecución de los objetivos y desarrollo de las actuaciones recogidas en el "Plan Integral de Salud Laboral de Extremadura" y en el "VI Plan de Prevención de Riesgos Laborales de Extremadura".

El *Plan de Salud de Extremadura 2013-2020,* entre sus Áreas de Intervención, prioriza la Salud Laboral con el objetivo de reducir la incidencia de los daños a la salud ocasionados por el trabajo, mediante la mejora de las condiciones de trabajo y salud en Extremadura, logrando con ello una auténtica prevención de riesgos laborales en los centros de trabajo, y una protección integral de la salud de los trabajadores y las trabajadoras, promoviéndose para ello, la integración de la promoción de la salud en las empresas y la coordinación entre las unidades de salud laboral y el Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Accidentes de Trabajo

La estadística de Accidentes de Trabajo del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, indica que, durante el año 2011 se han producido en España un total de 568.370 accidentes con baja, continuando con la tendencia bajista observada en los años anteriores. De estos accidentes, 501.579 lo fueron en jornada laboral, y 66.791 fueron accidentes "in itinere". En ambos casos se produjeron descensos con respecto al año anterior en alrededor de un 12%.

Se han producido además, 776.162 accidentes sin baja, lo que supone un descenso del 0,3% en comparación con los datos de 2010.

Por sectores de actividad, es el sector servicios el que mayor número de accidentes con baja en jornada de trabajo acumuló (281.821), seguido a distancia y por este orden del sector industria, del sector construcción, y del sector agrario.

Los accidentes laborales produjeron en 2011, un total de 520 accidentes mortales en jornada de trabajo (un 8% menos que el año anterior), y 163 "in itinere" (un 13% menos que en 2010). Por sectores, es la construcción con 11,8 accidentes por cien mil trabajadores el sector con mayor siniestralidad mortal, seguido del agrario, de la industria y del sector servicios.

En Extremadura, donde de produjo en 2011 el menor índice de siniestralidad de todas las CCAA, se continúa con la disminución progresiva del número de accidentes de trabajo con baja en jornada laboral (9.760 en 2011, un 12% menos que el año anterior).

El sector servicios es el que mayor número de accidentes en jornada laboral acumula (4.590), seguido de la construcción, la industria, y la agricultura; sin embargo es este último sector el que mayor número de accidentes mortales en jornada laboral ha provocado (8 de los 15 que se han registrado). Los accidentes "in itinere" acumularon un total de 657 casos, de los que 3 de ellos fueron mortales.

Las estrategias para la prevención de los accidentes de trabajo pasan por reducir las tasas de accidentalidad, a través de instrumentos, como la "Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo", y los distintos Planes de Actuación en Prevención de Riesgos Laborales, del Gobierno de Extremadura.

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

OBJETIVO 25.- Elaborar, implantar, desarrollar y realizar seguimiento y evaluación, de estrategias como instrumentos de planificación y coordinación, y para el desarrollo de acciones en materia de salud laboral en Extremadura, durante el periodo de vigencia del Plan de Salud.

Responsable:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección General de Función Pública, Recursos Humanos e Inspección, de la Consejería de Empleo Empresa e Innovación

Criterio de Evaluación:
- Creación de la Comisión Interdepartamental de Coordinación, en materia de Salud Laboral en Extremadura
- Grado de implantación y desarrollo del Plan Estratégico de Salud Laboral
- Resultados de seguimiento y evaluación del Plan Estratégico de Salud Laboral
- Disponibilidad de Planes de Actuación en Prevención de Riesgos Laborales

Líneas de Actuación:

25.1.- Constitución de una Comisión Interdepartamental de Coordinación en materia de Salud Laboral y Prevención de Riesgos Laborales en Extremadura, para la toma de decisiones, planificación y elaboración, y puesta en marcha de estrategias y acciones conjuntas relacionadas.

Responsable:
- **Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección General de Función Pública, Recursos Humanos e Inspección, de la Consejería de Empleo, Empresa, e Innovación

Evaluación:
- Creación de la Comisión Interdepartamental de Coordinación, en materia de Salud Laboral y prevención de Riesgos Laborales en Extremadura
- Número de reuniones/año mantenidas, y acuerdos o decisiones adoptados, por la Comisión Interdepartamental de Coordinación en materia de salud laboral y prevención de riesgos laborales

25.2.- Coordinación efectiva entre los diferentes organismos y unidades administrativas competentes, para la coordinación, identificación, planificación, toma de decisiones, puesta en marcha, seguimiento y evaluación de las actividades comunes al Plan Integral de Salud laboral (PLISALAB 2008-2012), y al Plan de Actuación en Prevención de Riesgos Laborales vigente.

Responsable:
- **Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección General de Función Pública, Recursos Humanos e Inspección de la Consejería de Empleo Empresa e Innovación

Evaluación:

- Identificación de los objetivos y líneas de actuación comunes al PLISALAB y al Plan de Actuación en Prevención de Riesgos Laborales
- Resultados de seguimiento y de evaluación de los objetivos comunes al PLISALAB y al Plan de Actuación en Prevención de Riesgos Laborales identificados
- Criterios, iniciativas, y actividades elaboradas, coordinadas entre los organismos competentes en salud laboral y prevención de riesgos laborales

25.3.- Elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación del nuevo Plan Estratégico de Salud Laboral, que dará continuidad al PLISALAB 2008-2012, como instrumento básico de planificación, coordinación, definición de objetivos y líneas de actuación estratégicos, en materia de Salud Laboral en Extremadura.

Responsable:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección General de Función Pública, Recursos Humanos e Inspección, de la Consejería de Empleo Empresa e Innovación

Evaluación:

- Disponibilidad del nuevo Plan Estratégico de Salud Laboral
- Disponibilidad del informe de seguimiento y evaluación del Plan Estratégico de Salud Laboral

25.4.- Impulso de la continuidad, desarrollo, seguimiento y evaluación de los diferentes Planes de Actuación en Prevención de Riesgos Laborales de Extremadura, dependientes de la Dirección General de Trabajo.

Responsable:

- **Dirección General de Función Pública, Recursos Humanos e Inspección, de la Consejería de Empleo Empresa e Innovación**

Evaluación:

- Disponibilidad de informes de seguimiento/evaluación de los diferentes Planes de Actuación en Prevención de Riesgos Laborales
- Disponibilidad de nuevos Planes de Actuación en Prevención de Riesgos Laborales, tras la finalización del período de vigencia de cada Plan de Prevención

III EJE ESTRATÉGICO:

MEJORA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE EXTREMADURA

En el tercer Eje estratégico del *Plan de Extremadura 2013-2020*, aborda las propuestas para la mejora del sistema sanitario y social, así como de la atención prestada por ambos. Se recogen estrategias claves del Sistema Sanitario Público de Extremadura y del Sistema Social, distribuyéndose sus contenidos en las áreas de intervención siguientes:

17. Planificación, Ordenación y Gestión Sanitarias
18. Sistemas de Información Sanitaria y Sociosanitaria
19. Sistema de Urgencias y Emergencias Sanitarias
20. Cuidados Paliativos
21. Uso racional del medicamento
22. Calidad y Humanización del SSPE. Seguridad del Paciente
23. Participación Comunitaria
24. Atención Sociosanitaria
25. Gestión del Conocimiento. Formación e Investigación

El Plan recoge objetivos y líneas de actuación para la mejora de los recursos y de los sistemas sanitario y social, así como la mejora de la atención prestada por ambos a la ciudadanía, propugnando para ello la coordinación e integración de ambos, lo que supondrá un aprovechamiento de sinergias, y una planificación, ordenación y gestión de estos sistemas, más resolutivas y eficientes.

Se impulsará la comunicación y la coordinación entre la atención primaria y la hospitalaria, garantizando la continuidad asistencial en los procesos de atención sanitaria. Se impulsara así mismo: La promoción de la autonomía personal; La atención a las personas con problemas de discapacidad y/o dependencia; La mejora de los sistemas de información y las nuevas tecnologías; La participación comunitaria; El desarrollo profesional, y La formación y la investigación.

Todo ello, potenciando y ampliando la implantación del modelo de calidad en las estructuras del Sistema Sanitario Público de Extremadura, la humanización de este sistema, y la seguridad del paciente, contando para ello con una organización dirigida hacia la satisfacción de los usuarios y usuarias, y de la población extremeña en general, que genere salud para todos y todas.

17.- PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

En el actual contexto social y económico, la necesidad de ofrecer unos servicios eficientes y de calidad a un número cada vez mayor de personas en un horizonte en el que se acrecienta la coincidencia de necesidades de atención desde ambos sistemas, el sanitario y el social, se nos plantea como un reto ineludible. Ello nos va a obligar a rediseñar el modelo, creciendo hacia un sistema de atención integral, entendido como algo superior a la suma de sus partes sin que ello suponga la pérdida de la identidad propia de cada cual.

En este escenario, el horizonte ha de ser visto como una oportunidad de poder plantear los cambios y reestructuraciones necesarias para hacer ambos sistemas auténticamente compatibles, eficientes de manera conjunta, perfectamente complementarios en la atención de las necesidades y en la organización de sus recursos. Esto requerirá reorientar nuestras organizaciones hacia una visión conjunta desde ambos sectores y que la planificación del modelo se haga desde la cooperación, es decir, generada con la participación de ambos.

El sistema sanitario es uno de los sectores más productivos de la economía española: emplea a más de un millón de personas, los resultados clínicos obtenidos se encuentran al mismo nivel que los países más desarrollados, y el coste de los mismos es de los más bajos en EU-15, en términos de gasto total global sobre el PIB (el segundo más bajo en términos de gasto per cápita), lo que supone una mayor eficiencia en términos comparados. Ello, sin embargo, no altera la situación global de amenaza en la que se encuentra enmarcado: en el contexto de crisis actual, el gasto sanitario mundial está experimentando un progresivo incremento.

En España este aumento del gasto sanitario viene marcado, principalmente, por las siguientes causas:

-**El envejecimiento de la población**
La población española viene sufriendo un progresivo y sostenido envejecimiento fruto de una tasa de fertilidad decreciente y de un marcado aumento de la longevidad. Según datos del INE, el porcentaje de personas mayores de 65 años se duplicará llegando al 30% de la población en el año 2050, por lo que serán más de 16 millones de personas. En la actualidad, la esperanza de vida ha ascendido a los 82 años, incrementándose de forma notable respecto del año anterior.

Además, se ha duplicado, en tan sólo veinte años, el grupo constituido por las personas mayores de 80 años, que ya son más de un millón y que serán, en el año 2050, casi 6 millones. Estas cifras de envejecimiento de la población se tornan más inquietantes si cabe, al compararlas con la población infantil: según las previsiones, para el año 2060 habrá 2,3 personas mayores por cada niño de entre 0 y 14 años.

Lo cierto es que la edad cronológica no implica un nivel de deterioro físico, psicológico o social ni puede ser considerada, por sí misma y de manera general, un predictor válido de aparición de enfermedad y dependencia; ya que existe una alta variabilidad entre personas con la misma edad y distintos estados de salud, nivel de independencia y/o participación en la sociedad. De lo que no cabe duda es que la progresión geométrica del crecimiento de una población envejecida y que envejecerá cada vez más genera una mayor presión para los sistemas de salud y servicios sociales.

-**La enfermedad crónica**
Se define la cronicidad como la permanencia en el tiempo de una enfermedad que, o bien es incurable por el tipo de patología (tratamiento desconocido en la actualidad) o bien porque no es posible la curación de la misma por falta de respuesta al tratamiento completo o por la carencia de éste. Se trata, por tanto, de enfermedades que persisten a lo largo del tiempo y que requieren de un tratamiento constante durante toda su duración, habitualmente años o décadas, siendo su evolución, con frecuencia, poco predecible. Suelen tener, además, un origen muy diverso y obligar a una modificación en los hábitos de vida de la persona que la padece.

Según la OMS, las enfermedades no transmisibles y desórdenes mentales suponen ya el 59% de la mortalidad total y un 46% de todas las muertes del nuevo milenio. Esta cifra ascenderá al 60% en 2020. A pesar de que la enfermedad crónica está presente en todos los grupos de población, son las personas adultas y las de edad avanzada las que tienen una mayor incidencia. Se estima que de los sesenta y cuatro millones de personas que fallecerán en 2015, cuarenta y un millones lo harán de enfermedades crónicas.

En España, al igual que en el resto de países desarrollados, las enfermedades crónicas son la primera causa de demanda asistencial en los centros sanitarios. Suponen el 80% de consultas de atención primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios. De las primeras, un 40% las realizan las personas de edad avanzada, consumidoras de mayores cuidados continuados y más recursos sociales. El 50% de las camas de nuestra red hospitalaria están ocupadas por mayores de 65 años y el consumo farmacéutico relacionado supone casi el 50% del gasto total.

La relación directa de la edad con las enfermedades crónicas y con la utilización de los servicios sanitarios está claramente establecida y podemos decir que las mismas y la situación de dependencia que generan y que pueden generar en un futuro inmediato, son actualmente un problema que dificulta y puede llegar a cuestionar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y sociales si estos no son capaces de adaptarse a esta nueva situación; evolucionando y realizando para ello los cambios estructurales (organizativos, asistenciales y tecnológicos) necesarios a fin de poder continuar prestando con calidad los servicios para los que fueron creados. Ello va a requerir de notables esfuerzos en la tipificación y estratificación de la población a fin de que su categorización permita una adaptación a la realidad particular de los individuos.

Así las cosas, según la OMS, las enfermedades crónicas representan el mayor desafío de los sistemas sanitarios modernos -la mitad del planeta convive con alguna de ellas- y la atención integral de quienes las sufren se presenta como uno de los mayores retos del milenio.

- Las tecnologías sanitarias
Las tecnologías sanitarias –entendidas como cualquier técnica, procedimiento, sistema organizativo, producto farmacéutico o sanitario – han sufrido una importante evolución en los últimos años y han contribuido decisivamente a mejorar el estado de salud de la población. Sin embargo, también son la principal causa de incremento del gasto sanitario, por los siguientes motivos:

- Incremento de la indicación de procedimientos médicos y quirúrgicos y prescripción farmacológica;
- Incremento de la población diana de los tratamientos;
- Introducción de nuevas tecnologías con limitada evidencia sobre su eficacia;

- Introducción de nuevas tecnologías que no sustituyen, sino que se suman a las anteriores;
- Ausencia de priorización de tecnologías que deben introducirse, dónde y en qué momento deben ser utilizadas.

Existe un consenso generalizado de que en torno al 30% de la utilización tecnológica no está basada en ninguna evidencia científica y en otro 30% de los casos es cuestionable. La OMS, en su último *Informe sobre la Salud en el mundo 2010,* señala que hay entre un 20-40% del gasto sanitario que es ineficiente.

Existen estudios de la OCDE al respecto donde España se encuentra relativamente bien situada (por debajo de la media). Por ejemplo, en el consumo de hipolipemiantes (dosis 1.000 habitantes/día) la media de la OCDE esta en 125 (2009) y va desde 49 (Alemania) a 206 (Australia). Otro aspecto recogido es las RMN realizadas por 1.000 habitantes (2008) con una media de 47,7 (desde 98,1 en Grecia hasta 12,7 en Corea) o la realización de revascularizaciones coronarias (por 100.000 habitantes y año) con una media de 250 (692 en Alemania y 138 en Reino Unido).

Como conclusión puede afirmarse, que la parte más significativa de ese gasto sanitario se está dedicando a la atención de la enfermedad crónica, usando recursos en su mayor parte confeccionados para la atención a los episodios agudos de la enfermedad en general y desde un enfoque casi exclusivamente biomédico.

Se dedican, por tanto, recursos en exceso costosos para atender una tipología de enfermedad que no precisa de este tipo de recursos, sino de la combinación de otros menores en costes y diferentes en el tipo de atención; probablemente de mayor “calidad relacional” si se ajustan a las necesidades reales de atención.

Por tanto, será necesario asegurar un uso eficiente y óptimo de los recursos a través de una adecuada gestión y organización de los mismos enfocándolos a las condiciones específicas de las personas que ha de atender, y enfrentándonos de forma eficaz al equilibrio curar/cuidar.

El Plan de Salud de Extremadura, promulga adaptar el SSPE a la nueva realidad social y económica, teniendo en cuenta el envejecimiento poblacional, el aumento de la esperanza de vida, y el aumento de la presión asistencial a la cronicidad, a través de una reorganización basada en la atención por procesos, redefinición de los niveles asistenciales y mejora de la coordinación entre ambos, que facilite la integración y una reorientación de las políticas de recursos, de personal y de compras, dirigidas a una mayor eficiencia y sostenibilidad del sistema.

OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

Objetivo 26.- Adaptar la estructura y organización de la Consejería de Salud y Política Social y sus Órganos a la situación socioeconómica y demográfica, orientándolas hacia una gestión más solidaria, equitativa y eficiente.

Responsables:
- **Consejería de Salud y Política Social**
- Secretaría General de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- Secretaria General del SES
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección General de Política Social y Familia de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SEPAD
- Dirección General del Instituto de la Mujer de Extremadura

Criterios de Evaluación:
- Existencia de la Normativa que regule la estructura y organización de la CSyPS
- Existencia de actualizaciones del Mapa Sanitario
- Existencia de actualizaciones del Mapa Sociosanitario
- Grado de implantación y desarrollo de Planes, para una eficiente Planificación y Gestión Sanitaria
- Resultados de seguimiento de dichos Planes
- Grado de implantación y Nº de procedimientos de compra revisados y protocolizados del SES

Líneas de Actuación:

26.1.- Actualización de la normativa que regule la estructura, organización y funcionamiento de la CSyPS y sus organismos autónomos.

Responsables:
- **Consejería de Salud y Política Social**
- Secretaría General de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- Secretaria General del SES
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección General de Política Social y Familia de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SEPAD
- Dirección General del Instituto de la Mujer de Extremadura

Evaluación:
- Disponibilidad de la Normativa aprobada que regule la estructura, organización y/o el funcionamiento de la CSyPS, y de sus organismos autónomos

26.2.- Actualización del Mapa Sanitario, y del Mapa Sociosanitario de Extremadura.

Responsables:
- **Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS**
- **Dirección Gerencia del SEPAD**
- Secretaría General de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- Secretaria General del SES
- Dirección General de Política Social y Familia de la CSyPS
- Dirección General del Instituto de la Mujer de Extremadura

Evaluación:

- Disponibilidad de actualizaciones del Mapa Sanitario
- Disponibilidad de actualizaciones del Mapa Sociosanitario

26.3.- Elaboración, puesta en marcha, seguimiento y evaluación de diferentes Planes, que recogiendo una nueva orientación, sean pilares fundamentales para la eficiente planificación y gestión sanitarias y sociosanitarias, que entre otros serían:

- **Plan Estratégico del SES**
- **Plan de Reducción de la Lista de Espera del SES**
- **Plan Integral para la Atención a la Cronicidad en Extremadura**
- **Plan Regional del Dolor**
- **Plan de Transporte Socio-sanitario de Extremadura**
- **Plan Marco de Consumo de Extremadura**

Responsables:

- **Consejería de Salud y Política Social**
- **Dirección Gerencia del SES**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Secretaría General de la CSyPS
- Secretaria General del SES
- Dirección General de Política Social y Familia de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SEPAD
- Dirección General del Instituto de la Mujer de Extremadura
- INCOEX

Evaluación:

- Disponibilidad de los siguientes Planes:
  - Plan Estratégico del SES
  - Plan de Reducción de Lista de Espera del SES
  - Plan Integral para la Atención a la Cronicidad en Extremadura
  - Plan Regional del Dolor
  - Plan de Transporte Socio-sanitario
  - Plan Marco de Consumo
- Disponibilidad del informe de resultados de seguimiento y/o evaluación de los planes anteriormente indicados

26.4.- Revisión y mejora de los procedimientos de compra y provisión de productos y servicios por parte de la Consejería de Salud y Política Social, el SES, el SEPAD y sus unidades dependientes.

Responsables:

- **Secretaría General de la CSyPS**
- **Secretaria General del SES**
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección Gerencia del SEPAD
- Dirección General de Política Social y Familia de la CSyPS

Evaluación:

- Disponibilidad y Nº de procedimientos de compra revisados y protocolizados del SES
- Disponibilidad y Nº de procedimientos de compra revisados y protocolizados del SEPAD
- Nº de procedimientos de compras unificados en todas las Áreas de Salud
- Nº de procedimientos de compras unificados en todas las Gerencias Territoriales del SEPAD

26.5.- Impulso de un gran Pacto por la Sanidad con la participación de todos los Sectores del Sistema Sanitario: Organizaciones profesionales, sindicatos, asociaciones científicas, y usuarios/ as.

Responsables:

- **Consejería de Salud y Política Social**
- Dirección Gerencia del SES
- Secretaría General de la CSyPS
- Secretaria General del SES
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Evaluación:

- Número de medidas puestas en marcha, para materializar un gran pacto por la Sanidad

Objetivo 27.- Impulsar la implantación de políticas de personal que contribuyan a reforzar la implicación y la corresponsabilidad de todos los profesionales en la gestión clínica y administrativa.

Responsables:

- **Secretaría General de la CSyPS**
- **Secretaria General del SES**
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección General de Política Social y Familia de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección Gerencia del SEPAD
- Dirección General del Instituto de la Mujer de Extremadura

Evaluación:

- Existencia, implantación y desarrollo del Plan de Ordenación de Recursos Humanos del SES
- Existencia y disponibilidad de un registro unificado y continuo de profesionales de la salud
- Existencia de un sistema retributivo de los profesionales del SES, de acuerdo a los criterios que sean establecidos en el Seno del Sistema Nacional de Salud
- Periodicidad de las Ofertas de Empleo Público del SES
- Existencia de concursos de traslados bianuales en el SES
- Existencia de medidas implantadas y/o desarrolladas como incentivos a los profesionales sanitarios de zonas dispersas
- Porcentaje de profesionales a los que se les haya otorgado la condición de autoridad sanitaria pública
- Disponibilidad de guarderías, en los grandes centros sanitarios
- Existencia de cuerdos alcanzados con diferentes colectivos profesionales

Líneas de Actuación:

27.1.- Elaboración, implantación, seguimiento y evaluación del Plan de Ordenación de Recursos Humanos del SES.

Responsables:
- **Secretaria General del SES**
- Dirección Gerencia del SES

Evaluación:
- Disponibilidad del Plan de Ordenación de Recursos Humanos del SES
- Disponibilidad del informe de seguimiento y/o evaluación del Plan de Ordenación de Recursos Humanos del SES

27.2.- Facilitación de la implantación de un sistema de registro unificado y continuo de los profesionales de la salud, con criterios de cómputo homogéneos, y que refleje las diferentes situaciones en que se encuentren, a lo largo de su vida laboral.

Responsables:
- **Secretaría General de la CSyPS**
- **Secretaria General del SES**
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección Gerencia del SES

Evaluación:
- Medidas llevadas a cabo para la implantación de un sistema de registro unificado de profesionales de la salud
- Existencia y disponibilidad de un registro unificado y continuo de profesionales de la salud

27.3.- Adaptación y desarrollo del sistema retributivo de las/os profesionales del SES, de acuerdo a los criterios que sean establecidos en el seno del Sistema Nacional de Salud.

Responsables:
- **Secretaria General del SES**
- Dirección Gerencia del SES

Evaluación:
- Número de medidas puestas en marcha, y grado de adaptación y de desarrollo de un sistema retributivo de los profesionales del SES, de acuerdo a los criterios que sean establecidos en el seno del Sistema Nacional de Salud

27.4.- Desarrollo un sistema de selección y provisión de plazas ágil y eficiente, que permita la periodicidad de las Ofertas de Empleo Público del SES, realizando previamente concursos de traslados bienales.

Responsables:
- **Secretaria General del SES**
- Dirección Gerencia del SES

Evaluación:
- Número de medidas implantadas y/o desarrolladas para la mejora de la agilidad y eficiencia del sistema de selección y promoción de plazas.
- Periodicidad de las Ofertas de Empleo Público del SES.
- Existencia o no de concursos de traslados bienales en el SES.

27.5.- Impulso y promoción de incentivos a las/os profesionales sanitarios que desempeñan su trabajo en zonas dispersas.

Responsables:
- **Secretaria General del SES**
- Dirección Gerencia del SES

Evaluación:
- Número de medidas implantadas y/o desarrolladas, como incentivos a profesionales sanitarios, que desempeñan su trabajo en zonas dispersas

27.6.- Promoción del reconocimiento social de la labor de las/os profesionales del Sistema Sanitario Público, otorgándoles la condición de Autoridad Sanitaria Pública, según las funciones que desempeñen.

Responsables:
- **Secretaría General de la CSyPS**
- **Secretaria General del SES**
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección Gerencia del SES

Evaluación:
- Número y/o porcentaje de profesionales a los que se les haya otorgado la condición de Autoridad Sanitaria Pública

27.7.- Potenciación de la implantación de guarderías en los grandes centros sanitarios, con el fin de garantizar la conciliación de la vida laboral y familiar de las/os profesionales del Sistema Sanitario Público.

Responsables:
- **Secretaria General del SES**
- Dirección Gerencia del SES

Evaluación:
- Número y distribución de guarderías, en los grandes centros sanitarios, en funcionamiento

27.8.- Mantenimiento de un diálogo permanente con los trabajadores del Sistema Sanitario Público de Extremadura, a través de sus representantes, con el fin de hacerlos partícipes en la toma de decisiones.

Responsables:
- **Secretaría General de la CSyPS**
- **Secretaria General del SES**
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección Gerencia del SES

Evaluación:
- Número de actividades y convocatorias llevada a cabo para el mantenimiento de un dialogo permanente con los trabajadores del SSPE
- Número de acuerdos alcanzados con diferentes colectivos profesionales

Objetivo 28.- Adecuar y mejorar la oferta asistencial, a lo largo del periodo de vigencia del Plan de Salud.

Responsables:
- **Dirección Gerencia del SES**
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección Gerencia del SEPAD

Criterios de Evaluación:
- Número de medidas de mejora implantadas para la mejora asistencial en el SES
- Nº procesos implantados en atención primaria, por Áreas de Salud
- Evolución del Número de consultas programadas
- Evolución de los resultados de evaluación de la Cartera de Servicios del SES
- Nº de equipos de hospitalización a domicilio en funcionamiento
- Nuevos hospitales de media y larga estancia (públicos o concertados)
- Nuevas plazas en hospitales de media y larga estancia (públicas o concertadas)
- Nº procesos asistenciales elaborados e implantados en atención hospitalaria por Áreas de Salud
- Nº de guías clínicas de actuación elaboradas e implantadas
- Nuevos programas y/o servicios implantados de las TICs

Líneas de Actuación:

28.1.- Fomento y desarrollo de medidas dirigidas a la mejora de la Atención Primaria:

- Refuerzo y fomento del papel de la atención primaria, tanto en promoción de la salud como en prevención de la enfermedad, potenciando los auto-cuidado de las/ os pacientes, y la atención de determinados procesos que actualmente son derivados a atención hospitalaria.

- Facilitación de medidas o herramientas para dotar de autonomía efectiva de decisión, a los centros de atención primaria.

- Establecimiento de cupos máximos/mínimos de tarjetas sanitarias por facultativo, de modo que se alcance los 10 minutos por paciente.

- Fomento de la demora cero en las consultas de Atención Primaria

- Potenciación del trabajo en equipo, la gestión por procesos y del papel de la enfermería.

Responsables:
- **Subdirección de Atención Primaria del SES**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección Gerencia del SEPAD

Evaluación:
- Existencia de medidas implantadas para la mejora de la Atención Primaria
- Existencia de medidas para dotar de autonomía de decisión a los CAP
- Cupos máximos / mínimos de tarjetas sanitarias por facultativo
- Porcentaje de CAP con demora cero en sus consultas
- Nº procesos implantados en atención primaria, por Áreas de Salud
- Evolución del Número de consultas programadas
- Evolución de los resultados de evaluación de la Cartera de Servicios del SES

28.2.- En atención hospitalaria, potenciación de la asistencia ambulatoria, la atención en el domicilio de usuarias/os, para prestar servicios a las/os pacientes dentro del espacio sociosanitario, optimizando así los recursos disponibles.

Responsables:
- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- Subdirección de Atención Especializada del SES
- Subdirección de Atención Primaria del SES
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección Gerencia del SEPAD
- Subdirección de Sistemas de Información del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud

Evaluación:
- Nº de equipos de hospitalización a domicilio en funcionamiento
- Evolución del número de pacientes atendidos en hospital de día
- Nuevos hospitales de media y larga estancia (públicos o concertados)
- Nuevas plazas en hospitales de media y larga estancia (públicas o concertadas)
- Nº de consultas de atención especializada

28.3.- Reorganización de la atención hospitalaria, mediante la gestión por "procesos asistenciales" la elaboración e implantación de protocolos y guías clínicas de actuación, y utilización de las nuevas Tecnologías de la Información y de las Comunicaciones, y la utilización eficiente de los recursos.

Responsables:
- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- Dirección Gerencia del SES
- Secretaría General del SES
- Dirección Gerencia del SEPAD
- Subdirección de Sistemas de Información del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud

Evaluación:
- Nº procesos asistenciales elaborados e implantados en atención hospitalaria por Áreas de Salud
- Nº de guías clínicas de actuación elaboradas e implantadas
- Nuevos programas y/o servicios implantados de las TIC
- Nº de medidas implantadas para la mejora de la gestión y utilización de recursos hospitalarios

28.4.- Refuerzo de la evaluación de las tecnologías sanitarias para el conjunto de la cartera de servicios, basada en criterios clínicos y económicos, y que los resultados de la evaluación de tecnologías sanitarias sean vinculantes, de acuerdo a las líneas establecidas a nivel del SNS.

Responsable:
- **Dirección Gerencia del SES**
- Secretaría General del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CySPS

Evaluación:
- Nº Informes de evaluación de las tecnologías sanitarias solicitados
- Nº Informes de evaluación de las tecnologías sanitarias realizados
- Nuevas tecnologías sanitarias aprobadas

18.- SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA Y SOCIOSANITARIA

El Sistema de Información Sanitario, tan estrechamente relacionado con las tecnologías y las comunicaciones, se encuentra siempre en constante desarrollo y aún más si cabe en el momento de la elaboración del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020, que por la situación económica existente se ve obligado a una transformación del modelo de gestión a un marco de trabajo enfocado al pago de servicios por lo realmente utilizado, y así conseguir un sistema más sostenible en el tiempo dentro de una economía de escala adecuada para todos los ámbitos.

Fomentar la cooperación entre administraciones, ya sean dentro del mismo ámbito o sean entre distintos organismos, se considera necesario para ser más eficientes y no redundar en trabajos duplicados. Desde el Gobierno de Extremadura, a través del Plan de Salud, se promulga que los sistemas de información sean la principal herramienta de integración de los ámbitos sanitario y sociosanitario. Aunque actualmente esta cooperación entre administraciones sigue siendo un reto, por parte del Gobierno del Estado, se está impulsando la interoperabilidad entre distintos sistemas para poder compartir información entre las CCAA y el propio Ministerio, así como participar en proyectos conjuntamente. Dada la capacidad y asentamiento tecnológico, Extremadura se sitúa a la cabeza para poder capitanear y pilotar proyectos importantes como la tarjeta sanitaria común para todo el ámbito estatal y la interoperabilidad del sistema prescriptor y dispensador de recetas electrónicas entre CCAA.

La inclusión de colectivos no asegurados por la Comunidad Autónoma de Extremadura, en la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI), incluyendo usuarios de otras CCAA, mutualistas y extranjeros de la UE según los convenios acordados, será una realidad a corto-medio plazo. Esto conllevará una normalización del tipo de paciente dentro de la plataforma de gestión del SES para un mayor control en la relación ciudadanía y servicios a los que se les puede dar cobertura.

Dentro de la propia organización interna, la unificación de las tecnologías de la informática y las comunicaciones (TIC) en todos los ámbitos sanitarios, se hace necesaria para aunar esfuerzos y estar totalmente alineados bajo una misma política tecnológica. Se hace también imprescindible, trabajar en la unificación de la información sanitaria y la socio-sanitaria para, homogeneizar los trabajos diarios, además de conseguir una mayor implicación y participación de las áreas de salud y poner en funcionamiento una auténtica atención integral al usuario que le garantice los recursos asistenciales más adecuados a sus necesidades.

La aportación de las tecnologías a dar soluciones telemáticas de medicina, asistencia y consulta, así como herramientas para la gestión de pacientes crónicos, se están convirtiendo en una respuesta a la necesidad de controlar los costes sanitarios derivados del progresivo envejecimiento de la población. En regiones como Extremadura, esta necesidad se acentúa, aún más si cabe, por la dispersión población que posee.

Nada de todo lo anteriormente mencionado se podría llevar a cabo si no se fortaleciera una sección de seguridad de los sistemas de información que se encuentre en constante evolución y adaptado a la Ley Orgánica de Protección de datos (LOPD), el Esquema Nacional de Seguridad (ENS) como el Esquema Nacional de Interoperabilidad (ENI).

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

Objetivo 29.- Impulsar el desarrollo del Sistema de Información Sanitaria de Extremadura, consiguiendo un modelo y una infraestructura más seguro en sus secciones de comunicación, sistemas, desarrollo de proyectos y funciones sanitarias, aumentando el ámbito de la asistencia sanitaria y la información transmitida a la población general.

Responsables:

- **Subdirección de Sistemas de Información del SES**
- Dirección Gerencia del SES
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección Gerencia del SEPAD
- Dirección General Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Criterios de Evaluación:

- Grado de elaboración, implantación y desarrollo del Plan de Actuación de los Sistemas de Información Sanitaria
- Resultados del Plan de Actuación de los Sistemas de Información Sanitaria
- Porcentaje de desarrollo del Esquema Nacional de Seguridad
- Porcentaje de desarrollo de la Ley Orgánica de Protección de Datos

Líneas de Actuación:

29.1.- Elaboración y puesta en marcha del Plan de Actuación de los Sistemas de Información Sanitaria para el pleno cumplimiento del Esquema Nacional de Seguridad (ENS), Esquema Nacional de Interoperatividad (ENI) y desarrollo y consolidación de la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD).

Responsables:

- **Subdirección de Sistemas de Información del SES**
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección Gerencia del SEPAD
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Evaluación:

- Disponibilidad del Plan de Actuación de los Sistemas de Información
- Disponibilidad del informe de seguimiento del Plan de Actuación de los Sistemas de Información Sanitaria
- Porcentaje de desarrollo del Esquema Nacional de Seguridad
- Porcentaje de desarrollo del Esquema Nacional de Interoperatividad
- Porcentaje de desarrollo de la Ley Orgánica de Protección de Datos

29.2.- Ampliación y mejora de las infraestructuras hardware del Centro de Procesamiento de Datos (CPD) principal y redundante (o de respaldo), para un modelo de gestión en el ámbito de los sistemas más eficiente.

Responsables:

- **Subdirección de Sistemas de Información del SES**
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección Gerencia del SEPAD

Evaluación:

- Tiempos de parada del CPD a lo largo de un año
- Número de servicios consolidados en el Centro de Procesamiento de Datos y en el redundante, tanto ya existentes como incorporados de las demás estructuras de la CSyPS

.

29.3.- Avance en el diseño, potenciación e implantación de los servicios de telemedicina y teleasistencia, con el objetivo de acercar la asistencia sanitaria a la población.

Responsables:

- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección Gerencia del SEPAD
- Subdirección de Sistemas de Información del SES

Evaluación:

- Grado de implantación y desarrollo de los servicios de telemedicina y teleasistencia:
  - Nº de centros sanitarios con servicios telemáticos de medicina, asistencia y consulta.
  - Nº de especialidades que se realizan a través de servicios telemáticos de medicina, asistencia y consulta.
  - Nº y/o porcentaje de consultas realizadas a través de servicios telemáticos de medicina, asistencia y consulta.

29.4.- Integración de los Sistemas de Información Sanitario y Sociosanitario, con la creación de una plataforma de Gestión Integral de los Sistemas de Información Sociosanitaria.

Responsables:

- **Subdirección de Sistemas de Información del SES**
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección Gerencia del SEPAD
- Dirección General de Política Socia y Familia de la CSyPS
- Dirección General del Instituto de la Mujer de Extremadura

Evaluación:

- Disponibilidad de una plataforma de gestión de los Sistemas de Información Sociosanitarios
- Número de funcionalidades con las que cuenta esa aplicación
- Grado de integración de la nueva plataforma de gestión de los Sistemas de Información sociosanitarios, con la plataforma de gestión de los sistemas de información sanitarios

29.5.- Creación de un portal del paciente, donde el usuario pueda conocer, en cualquier momento y desde cualquier lugar, su información sanitaria y sociosanitaria y pueda realizar sus trámites relacionados con la Salud, la Política Social, la Mujer y/o la Dependencia.

Responsables:
- Subdirección de Sistemas de Información del SES
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección General de Política Socia y Familia de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección Gerencia del SEPAD
- Dirección General del Instituto de la Mujer de Extremadura

Evaluación:
- Disponibilidad del portal del paciente
- Número de trámites electrónicos disponibles en el portal
- Número de servicios electrónicos disponibles que pueden ser consultados por el usuario
- Número de accesos al portal del paciente

29.6.- Fomento de la integración del Sistema de Información Sanitaria de Extremadura, con el Sistema Nacional de Salud, y de los Sistemas de Información Sociosanitaria de Extremadura con los sistemas de información del Ministerio; así como de ambos con otros subsistemas de información (CSyPS), para potenciar los grandes proyectos como son: La historia clínica digital compartida; la tarjeta sanitaria; y la receta electrónica común para todo el ámbito estatal.

Responsables:
- **Subdirección de Sistemas de Información del SES**
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección Gerencia del SEPAD

Evaluación:
- Grado de implantación y porcentaje de desarrollo de los proyectos para la interoperabilidad, de los Sistemas de Información Sanitario y Sociosanitario de Extremadura, con los Sistemas de Información del Ministerio.
- Grado de integración de los sistemas de información sanitaria de la Consejería de Salud y Política Social, con los sistemas de información del SES

29.7.- Definición un Cuadro de Mando Integral como instrumento de gestión, que facilite la comunicación y la puesta en funcionamiento de la estrategia organizacional, (SES- Consejería de Salud y Política Social - SEPAD), y permita una mejora de la explotación de los datos disponibles.

Responsables:
- **Subdirección de Sistemas de Información del SES**
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección Gerencia del SEPAD
- Dirección General de Política Social y Familia de la CSyPS

Evaluación:

- Disponibilidad del Cuadro de Mando Integral
- Número de informes obtenidos
- Número de indicadores por áreas de objetivos, del cuadro de Mando Integral

29.8.- Creación de aplicaciones corporativas únicas, y centralizadas, para los diferentes servicios sanitarios, para todas las áreas de salud.

Responsables:

- **Subdirección de Sistemas de Información del SES**
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección Gerencia del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Evaluación:

- Número de servicios sanitarios que disponen de aplicaciones corporativas, como herramienta única centralizada
- Número de centros y áreas de salud en las que están implantadas las aplicaciones

29.9.- Integración de las diferentes aplicaciones corporativas, únicas y centralizadas, de los diferentes servicios sanitarios, que están disponibles (tanto ya existentes y de nueva creación), con la plataforma de gestión de los Sistemas de Información Sanitaria.

Responsables:

- **Subdirección de Sistemas de Información del SES**
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Evaluación:

- Número de aplicaciones corporativas, únicas y centralizadas, de los diferentes servicios sanitarios, integradas con la plataforma de gestión de los sistemas de información sanitaria
- Porcentaje de integración de los servicios integrados de cada aplicación

29.10.- Definición y desarrollo de un modelo integrador de tecnologías Hardware y de comunicaciones, que facilite el desarrollo de la red única de servicios sanitarios y socio-sanitarios, esto conlleva: a la consolidación y unificación de los sistemas y las comunicaciones Sociosanitarias (elaboración de inventariado, necesidades material hardware y comunicaciones y actualización de las mismas, adecuación y consolidación de los servidores, y la puesta en marcha de un gestor de incidencias)

Responsables:

- **Subdirección de Sistemas de Información del SES**
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección Gerencia del SEPAD

Evaluación:

- Disponibilidad del Inventario de material de Hardware y comunicaciones.
- Disponibilidad del Informe de necesidad del material Hardware y comunicaciones.
- Porcentaje de necesidades detectadas cubiertas.
- Nº de servidores consolidados.
- Existencia y puesta en marcha de un gestor de incidencias.

19.- SISTEMA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS

Para garantizar la eficacia y la coordinación administrativa entre los distintos servicios de urgencias y emergencias, se estableció el Teléfono Único Europeo de Urgencias 112, del Centro Coordinador de Urgencia y Emergencias.

En este Centro Coordinador, están integrados, además del Sector Sanitario, representantes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Policía Local, Protección Civil, Cruz Roja y del Servicio de Salvamento y Extinción de Incendios, conformándose lo que se conoce con el nombre de Sistema Integral de Emergencia (S.I.E.), cuyo objetivo consiste en poder prestar atención a incidentes urgentes o emergentes que requieren la intervención de uno o varios de estos sectores, con una rápida y eficaz organización de la respuesta.

Al igual que había ocurrido con la integración en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de las diferentes redes asistenciales publicas, los Servicios de Urgencia y Emergencia Médicas, de las CCAA, van integrando o coordinando los diferentes dispositivos asistenciales de urgencias en el sistema publico del SNS, lo que no es óbice, para que, debido a sus propios objetivos y funciones, también se coordinen, y en algún caso se integren, con otros servicios de emergencia no propiamente sanitarios, como los de salvamento y rescate a través del CCU-112.

La atención a las urgencias y emergencias sanitarias, en el marco del SSPE, es considerada como una acción transversal, continua, que traspasa los niveles de atención primaria y hospitalaria, y por tanto, participa de ambas, siendo capaz de responder a las necesidades en esta área de intervención, con razonable nivel de calidad, en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

La atención de urgencia se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata; se dispensa tanto en centros sanitarios como fuera de ellos (incluyendo el domicilio del paciente), durante las 24 horas del día y, mediante la atención médica y de enfermería.

La emergencia sanitaria, viene caracterizada por: comportar un elevado riesgo vital; aparecer de un modo súbito; requerir una respuesta especializada inmediata; precisar de asistencia "in situ" y traslado asistido con Soporte Vital Avanzado (SVA) hasta el centro útil más próximo, en función de la patología a tratar. En ocasiones puede requerir la participación de instituciones no sanitarias (policía, bomberos, etc.). En Extremadura se dispensa, básicamente, a través del Servicio de Emergencias Sanitarias de Extremadura (ESEX) formado por Unidades Medicalizadas de Emergencias (UMEs) terrestres y aéreas que se desplazan al origen de la demanda. Las unidades están dotadas de material para SVA, SVAT, Técnicos en Emergencias Sanitarias, así como personal médico y de enfermería especializado y con formación específica.

El desarrollo de la atención a las situaciones de Urgencias y Emergencias por parte del SSPE, es uno de los mayores desafíos a los que se enfrenta como sistema sanitario público de salud. El ámbito de una asistencia sanitaria de calidad, exige la necesidad de organizar la continuidad de la asistencia médica en su horario de 24 horas.

Las urgencias y emergencias sanitarias tienen dos ámbitos principales de asistencia:

- El hospitalario, a través de los servicios de urgencias de los hospitales de agudos. En 2012, Extremadura contaba con 25 hospitales y un total de 4.147 camas instaladas. Atendiendo a su finalidad, había 23 hospitales generales y 2 hospitales psiquiátricos provinciales; mientras que, según su dependencia patrimonial, existían 16 hospitales públicos (14 de los cuales formaban parte de 6 complejos hospitalarios) y 9 privados.

- El extrahospitalario, mediante las Unidades Medicalizadas de Emergencia (UMEs), terrestres y aéreas, los vehículos de intervención rápida (VIR), y las Unidades Medicalizadas de Transporte Secundario (UMTS). Por otra parte, la urgencia sanitaria en el ámbito de la atención primaria, se lleva a cabo desde los 112 puntos de atención continuada (PAC), vinculados funcionalmente a sus correspondientes Centros de Salud y UMEs. Del total de PAC, 93 (84 PAC principales, 2 PUACS y 3 PAC accesorios) prestan atención continuada en horario completo (días laborables de 15 a 8 horas, y festivos y fines de semana las 24 horas). Además de los 112 PAC, también se dispone de monitores desfibriladores portátiles, en todas las unidades de transporte urgente (82 ambulancias convencionales), y en los consultorios locales de los municipios extremeños con más de 500 habitantes.

Las 16 UMEs y los 89 PAC, que prestan atención continuada en horario completo (es decir, sin contabilizar las 2 unidades medicalizadas de emergencia aérea, los VIR, ni los 18 PAC que realizan atención continuada en horario no completo), garantizan una cobertura teórica de la emergencia sanitaria en menos de 30 minutos para prácticamente el 100% de los extremeños.

La cobertura teórica en 8 minutos se encuentra alrededor del 85% de la población. Las UMEs garantizan los transportes entre los hospitales de la Comunidad, siempre que la patología sea urgente y no demorable; en caso contrario, el traslado quedara garantizado por las UMTS.

El *Plan de Salud de Extremadura 2013-2020*, propugna el desarrollo de estrategias dirigidas a la adecuación, mejora continua y consolidación de los recursos destinados a las urgencias y emergencias sanitarias del SSPE. Durante el periodo de vigencia del Plan, se introducirán medidas organizativas y de modernización de estos Servicios.

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

Objetivo 30.- Actualizar, adecuar, optimizar y consolidar el Sistema de Urgencias y Emergencias Sanitarias de Extremadura, durante el periodo de vigencia del Plan de Salud.

Responsables:

- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- Subdirección de Atención Especializada del SES
- Subdirección de Atención Primaria del SES
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección Gerencia del SES
- Gerencias de Áreas de Salud
- Consejería de Administración Pública. Centro Coordinador 112

Criterios de Evaluación:

- Nº de Actuaciones desarrolladas para la adecuación y la mejora de la estructura física y del equipamiento, de los recursos destinados a las urgencias y emergencias
- Nº de Actuaciones desarrolladas para la cooperación y la coordinación del sistema de urgencias y emergencias
- Disponibilidad de un protocolo, procedimiento operativo, y/o guías de actuación, para el mantenimiento, descripción, localización, utilización, montaje y transporte, del material y medios de asistencia a múltiples víctimas (AMV) y catástrofes

Líneas de Actuación:

30.1.- Adecuación y mejora de la estructura física y el equipamiento de los recursos destinados a las urgencias y emergencias sanitarias del SSPE.

Responsables:

- **Subdirección de Atención Primaria del SES**
- Subdirección de Atención Especializada del SES
- Consejería de Administración Pública del SES. Centro Coordinador 112
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección Gerencia del SES
- Gerencias de Áreas de Salud

Evaluación:

- Nº de PAC en funcionamiento en la CAE
- Nº de Unidades Medicalizadas de Emergencias (UME) operativas
- Nº de Unidades en funcionamiento de Transporte Aéreo (helicópteros)
- Nº de Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH)
- Porcentaje de PAC con recursos y equipamiento estándar
- Porcentaje de Bases de UMEs con servicios y equipamiento estándar

30.2.- Coordinación y mejora operativa, de la respuesta de los servicios de urgencias y emergencias sanitarias, incluidos los relacionados con el Centro de Urgencias y Emergencias 112 del Gobierno de Extremadura.

Responsables:

- **Subdirección de Atención Primaria del SES**
- Subdirección de Atención Especializada del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Consejería de Administración Pública. Centro Coordinador 112
- Gerencias de Áreas de Salud

Evaluación:

- Número de medidas implantadas para la mejora de la coordinación entre el CCU-112 y las UMEs
- Tiempo medio de demora de atención a la emergencia por UMEs.
- Número de reuniones de coordinación mantenidas entre el CCU-112 y las UMEs
- Número de reuniones de coordinación mantenidas entre SUH y las UMEs

30.3.- Actualización, adecuación y mejora, del mapa de helisuperficies y puntos de contacto, disponibles.

Responsables:

- **Subdirección de Atención Primaria del SES**
- Subdirección de Atención Especializada del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Consejería de Administración Pública. Centro Coordinador 112
- Consejería de Salud y Política Social
- Ayuntamientos

Evaluación:

- Nº de helisuperficies operativas en la CAE
- Nº de helipuertos / helisuperficies operativos en centros hospitalarios
- Nº de puntos de contacto para helicópteros sanitarios, operativos en la CAE

30.4.- Elaboración de un protocolo, procedimiento operativo y/o guías de actuación, para el mantenimiento, descripción, localización, utilización, montaje y transporte, del material y medios de asistencia a múltiples víctimas (AMV) y catástrofes.

Responsables:

- **Subdirección de Atención Primaria del SES**
- Subdirección de Atención Especializada del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Consejería de Administración Pública. Centro Coordinador 112
- Dirección Gerencia del SES
- Subdirección de Atención Primaria del SES
- Gerencias de Áreas de Salud

Evaluación:

- Disponibilidad del protocolo, procedimiento operativo y/o guías de actuación, para el mantenimiento, descripción, localización, utilización, montaje y transporte, del material y medios de asistencia a múltiples víctimas (AMV) y catástrofes

30.5.- Estudio, desarrollo, seguimiento y evaluación de un programa de pilotaje, de un sistema estructurado de Triaje de Urgencias hospitalarias, para que una vez evaluado, y atendiendo a los resultados, el mismo pueda ser implantado de forma progresiva, en el SSPE.

Responsables:

- **Subdirección de Atención Especializada del SES**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Consejería de Administración Pública. Centro Coordinador 112
- Dirección Gerencia del SES
- Subdirección de Atención Primaria del SES
- Gerencias de Áreas de Salud

Evaluación:

- Disponibilidad, grado de implantación y de desarrollo de un programa de pilotaje para un sistema estructurado de triaje de urgencias hospitalarias
- Disponibilidad del informe de evaluación del programa de pilotaje del sistema estructurado de urgencias hospitalarias llevado a cabo
- Grado de implantación en los servicios de urgencias hospitalarios del SSPE, del sistema de triaje de urgencias hospitalarias pilotado y evaluado

30.6.- Elaboración de Protocolos de Áreas de Salud, que dependiendo de las necesidades, recursos y servicios sanitarios de cada una de ellas, estén dirigidos a la atención de las Urgencias y Emergencias extrahospitalarias, realizados conjuntamente entre los distintos niveles asistenciales (PAC, UMEs aéreas y terrestres, SUH y CCU.

Responsables:

- **Subdirección de Atención Primaria del SES**
- Subdirección de Atención Especializada del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Consejería de Administración Pública. Centro Coordinador 112
- Dirección Gerencia del SES
- Subdirección de Atención Primaria del SES
- Gerencias de Áreas de Salud

Evaluación:

- Disponibilidad de Protocolos de Área de Salud, de atención a las Urgencias y Emergencias extrahospitalarias, realizados conjuntamente entre los distintos niveles asistenciales (PAC, UMEs aéreas y terrestres, SUH y CCU)

30.7.- Cooperación y coordinación del SSPE en los Planes de Emergencia de Extremadura.

Responsables:

- **Subdirección de Atención Primaria del SES**
- Subdirección de Atención Especializada del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Consejería de Administración Pública. Centro Coordinador 112
- Dirección Gerencia del SES
- Gerencias de Áreas de Salud

Evaluación:

- Número de Convenios de colaboración relacionados con urgencias y emergencias, firmados por Presidencia, Centro Coordinador 112, la Consejería Salud y Política Social, el SES, etc.
- Número de simulacros conjuntos de atención o rescates, realizados de manera conjunta con otras instituciones o servicios
- Disponibilidad de informes de resultados de seguimiento de los Planes de Emergencia del Gobierno de Extremadura (TRANCAEX, INFOEX, INUNCAEX, PLATERCAEX).

30.8.- Actualización permanente de los conocimientos y habilidades específicas, del colectivo profesional implicado en el Sistema de Urgencias y Emergencias Sanitarias de Extremadura.

Responsables:

- **Subdirección de Atención Primaria del SES**
- Subdirección de Atención Especializada del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social de la CSyPS
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Gerencias de Áreas de Salud
- Consejería de Administración Pública. Centro Coordinador 112
- Escuela de Administración Pública de Extremadura

Evaluación:

- Número de cursos de formación continuada específicos para profesionales de los PAC realizados/año
- Número de cursos de formación continuada específicos para profesionales de las UMES (UMES,VIR y Helicóperos), realizados/año
- Número de cursos de Formación continuada específicos para los profesionales de los SUH realizados/año
- Número de cursos de formación continuada específicos para profesionales sanitarios del CCU-112 realizados/año
- Número de cursos de formación continuada específicos sobre transporte de neonatos realizados/año
- Número de cursos de formación conjunta (PAC, SUH y SE) realizados/año

20.- CUIDADOS PALIATIVOS

En las últimas décadas se ha producido un aumento significativo de la incidencia, prevalencia y mortalidad debido a las Enfermedades crónicas evolutivas, relacionado tanto con el envejecimiento progresivo de la población así como por el aumento de la supervivencia de muchas enfermedades crónicas.

En países desarrollados, con tasas de envejecimiento entre un 15-20% y cifras de mortalidad de 9-10 por cada 1000 habitantes, se estima que un 60% de la población morirá a causa de una Situación de enfermedad avanzada y terminal.

En Extremadura, con una población aproximada de 1.100.000 habitantes y una mortalidad de alrededor de 10.000 habitantes / año, la estimación de paciente con enfermedades en situación avanzada por año y, por tanto, con una susceptibilidad de necesitar cuidados paliativos, se encuentra alrededor de 6000 pacientes / año de los cuales unos 2500 pacientes serán causa de enfermedad oncológica y unos 3500 pacientes de enfermedades crónicas no oncológicas aproximadamente.

Según la OMS los Cuidados Paliativos pueden definirse como aquellos que mejoran la calidad de vida del paciente y sus familias frente a problemas asociados a situaciones de enfermedad avanzada y terminal, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, mediante la identificación precoz, la evaluación impecable y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psico-sociales y espirituales.

En Extremadura existe un Programa Regional de Cuidados Paliativos (PRCP) integrado por:
- 8 Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP), uno por cada una de las Áreas de Salud. Los ESCP están formados por profesionales de la medicina, enfermería (personal del SES), psicología y los trabajos sociales (personal de asociaciones y entidades privadas sujeto a convenios con el SES), que realizan una atención integral basada en las necesidades de las/ os pacientes y sus familias, a nivel domiciliario, hospitalario y Centro Socio-Sanitario(CSS). Trabajan con un modelo de atención integrada y compartida entre todos los niveles asistenciales con intervenciones basadas en la complejidad que garantice la continuidad asistencial. La Atención Continuada se cubre con los recursos de Urgencias Generales del SES y servicio de asesoramiento telefónico (24 h/365 d) por los propios profesionales de los ESCP.

-El Observatorio Regional de Cuidados Paliativos (ORCPEx). Se trata de una estructura que nace en el año 2006 con el objetivo de gestionar el conocimiento en el ámbito de los cuidados paliativos y mejorar la calidad de la atención al final de la vida en Extremadura. Cuenta con 4 líneas estratégicas de actuación: formación, evaluación, investigación y difusión.

-El plan del voluntariado. Se trata de una estructura que nace en el año 2006 con el objetivo de dar cobertura a pacientes y familiares en situación de enfermedad avanzada y terminal, a través de una red de voluntariado formados (Red volucpalex) integrada por 14 asociaciones sin animo de lucro, ofreciendo acompañamiento a estos pacientes. Entre sus líneas estratégicas esta la sensibilización a la población en general para captación de personas voluntarias, la selección y formación de las mismas, y el establecimiento de circuitos de coordinación entre las diferentes entidades del voluntariado y los profesionales sanitarios, en relación con los cuidados paliativos.

-La figura del Coordinador Regional de Cuidados Paliativos, ubicado en Servicios Centrales del SES, y que se encarga de planificar y evaluar la actividad de los equipos de soporte de cuidados paliativos, así como de organizar los grupos de trabajo transversales, formados por profesionales de todas las áreas (formación, calidad, registros y tratamiento).

De la mortalidad global (en Extremadura aproximadamente 10.800 muertes/año), el 60% es por enfermedades crónicas evolutivas: 25% por cáncer y 35 % no cáncer. Siguiendo los resultados del estudio realizado por McNamara y colaboradores, se estima que la cobertura óptima directa por recursos específicos de Cuidados Paliativos debería ser >60% de la mortalidad por cáncer (>1350) y entre 30-60% de la mortalidad por no cáncer (1900-3800).

El perfil de actividad de pacientes atendidos por los equipos de soporte de cuidados paliativos De los pacientes derivados al programa regional de cuidados paliativos se atiende al 100% de los cuales aproximadamente el 90 % son oncológicos y el 10% son no oncológicos. Del total de la actividad asistencial de los equipos: el 21,5% corresponden a visitas domiciliarias, el 49,5% corresponden a visitas hospitalarias, el 2% corresponden visitas a centros sociosanitarios y el 27% corresponden a consultas externas.

A pesar de este modelo de cuidados paliativos anteriormente descrito, existen factores como la dispersión geográfica, el tiempo de desplazamiento, el aumento del número de derivaciones a los ESCP, el aumento de complejidad de los pacientes (onco, no onco, pediátricos, juventud,...), la inestabilidad laboral de componentes de los ESCP (psicólogos y trabajadores sociales dependientes de convenios con el SES), la no ampliación de los recursos humanos ni unidades específicas que limitan una cobertura idónea con la mejor calidad asistencial posible

En un contexto de profunda crisis económica, se hace más necesario que nunca referenciar estudios clínicos que comparan, en pacientes oncológicos y no oncológicos los Cuidados Paliativos frente al tratamiento “convencional”. Así, Smith y Hillner han demostrado que, aunque la supervivencia es equivalente, se aprecia una mayor satisfacción de los pacientes y familiares que recibieron Cuidados Palitivos, así con un ahorro sustancial por paciente. El estudio de Smith y Hillner, se alinea con otros más clásicos, como el de Morrison del 2008, que cifraba la reducción de costes por los equipos de soporte en la misma linea.

Otro estudio demostró una asociación entre estados con alto porcentaje de hospitales con servicios de CP y menos fallecimientos en hospitales, menos ingresos y menos estancias en UCI en los últimos 6 m. de vida, y reducción del gasto total por afiliado.

Estudios clínicos sobre CP en relación con el tratamiento usual (en una mezcla de pacientes con enfermedades avanzadas cáncer y no cáncer) demostraron una supervivencia equivalente y mejor satisfacción del paciente y su familia en comparación con el tratamiento habitual, así como un ahorro de más importante por paciente.

Desde el año 2002 y hasta ahora la Comunidad Autónoma de Extremadura actúa bajo el Programa Marco de Cuidados Paliativos. El Plan de Salud de Extremadura 2013-2020, propugna la elaboración de el Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de Extremadura, específico para este área de intervención, en el que se coordinaran los recursos generales del SES y SEPAD, y los específicos de Cuidados

OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

Objetivo 31.- Desarrollar e implantar estrategias, que estarán recogidas en el Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de Extremadura, dirigidas a garantizar la mejora de la atención, a pacientes y familiares, susceptibles de recibir cuidados paliativos.

Responsables:
- **Coordinación Regional de Cuidados Paliativos**
- Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección Gerencia del SES

Criterios de Evaluación:
- Grado de elaboración e implantación del Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de Extremadura
- Resultados de seguimiento y evaluación del Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de Extremadura
- Grado de desarrollo y adecuación de la red de recursos específicos de CP en cada área de salud de Extremadura
- Inclusión y desarrollo, de al menos, una unidad de cuidados paliativos pediátricos de referencia dentro del Plan Estratégico de Cuidados paliativos de Extremadura

Líneas de Actuación:

31.1.- Elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento, y evaluación del Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de Extremadura, para antes del año 2016.

Responsables:
- **Coordinación Regional de Cuidados Paliativos**
- Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección Gerencia del SES

Evaluación:
- Disponibilidad del Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de Extremadura
- Disponibilidad del informe de seguimiento y evaluación del Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de Extremadura

31.2.- Adecuación, actualización y consolidación, de la estructura del Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura.

Responsables:
- **Coordinación Regional de Cuidados Paliativos**
- Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección Gerencia del SES

Evaluación:
- Disponibilidad de medidas implantadas, dirigidas a la adecuación, actualización y consolidación de la estructura del Observatorio Regional de Cuidados Paliativos

31.3.- Creación y consolidación de la Coordinación del Plan del Voluntariado de Cuidados Paliativos.

Responsables:

- **Coordinación Regional de Cuidados Paliativos**
- Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección Gerencia del SES

Evaluación:

- Disponibilidad de la Coordinación del Plan del Voluntariado de Cuidados Paliativos

31.4.- Adecuación y consolidación de los recursos humanos y estructurales, de todos los Equipos de Cuidados Paliativos, para garantizar la cobertura asistencial a aquellos pacientes susceptibles de recibir cuidados paliativos, para garantizar la atención integral y multidisciplinar.

Responsables:

- **Coordinación Regional de Cuidados Paliativos**
- Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección Gerencia del SES

Evaluación:

- Disponibilidad de medidas implantadas para el desarrollo, adecuación y consolidación de la red de recursos específicos de Cuidados Paliativos, en todas las áreas de Salud de Extremadura

31.5.- Desarrollo de una unidad específica de cuidados paliativos pediátricos de referencia, con personal especializado, dentro de la red de Cuidados Paliativos de Extremadura.

Responsables:

- **Coordinación Regional de Cuidados Paliativos**
- Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección Gerencia del SES

Evaluación:

- Disponibilidad de una unidad de cuidados paliativos pediátricos de referencia, dentro de la Red de Cuidados Paliativos
- Disponibilidad de criterios de derivación y de los correspondientes niveles de coordinación

31.6.- Creación de Unidades Hospitalarias específicas, de referencia en Cuidados Paliativos, para la atención de pacientes complejos con enfermedades crónicas evolutivas y terminales, oncológicas y no oncológicas, y con personal sanitario específicamente formado y capacitado.

Responsables:

- **Coordinación Regional de Cuidados Paliativos**
- Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Dirección Gerencia del SES

Evaluación:

- Disponibilidad y número de unidades hospitalarias específicas de Cuidados Paliativos

31.7.- Disponibilidad de un código propio de admisión de pacientes en cada hospital del SES, que garantice los ingresos de los pacientes susceptibles de recibir cuidados paliativos.

Responsables:

- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- Dirección Gerencia del SES
- Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES
- Coordinación Regional de Cuidados Paliativos

Evaluación:

- Disponibilidad de un código propio de admisión de pacientes en cada hospital del SES

31.8.- Fomento de la Formación básica específica en Cuidados Paliativos, dirigida al personal sanitario del SES y Centros del SEPAD, relacionados con la atención a pacientes terminales.

Responsables:

- Coordinación Regional de Cuidados Paliativos
- **Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS**
- **Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social de la CSyPS**
- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- Dirección Gerencia del SES

Evaluación:

- Nº de cursos y/o sesiones impartidas en Cuidados Paliativos.

21.- USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

En las últimas décadas el importante desarrollo tecnológico unido a los graves cambios económicos y sociodemográficos que estamos soportando, están afectando, de manera significativa, a nuestro modelo de sistema sanitario con la aparición de nuevos retos que ponen a prueba la sostenibilidad del mismo. En este contexto, la OMS en su informe publicado en 2010, “La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal”, aboga por la promoción y la protección de la salud como valores esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socio-económico sostenido, contribuyendo de manera significativa a mejorar tanto la calidad de vida, como la paz y la seguridad en el mundo.

Asegurar la universalidad, la accesibilidad, la equidad y la calidad de la atención con los modelos actuales, implica necesariamente mejorar la eficacia y la eficiencia de estos. La OMS recomienda actuar desde dos perspectivas: de un lado, mejorando la financiación para obtener recursos suficientes y, de otro, promoviendo la eficiencia. Según la OMS, cerca del 20-40% de los recursos destinados a la salud de malgastan.

La racionalización y el control del gasto farmacéutico son una palanca importante para la viabilidad de un modelo de atención sanitaria como el nuestro. En nuestro país las medidas adoptadas en este sentido, dirigidas en su mayoría a los medicamentos prescritos con receta médica, han supuesto una considerable reducción de las tasas de crecimiento del gasto en farmacia, pasando en 2011 a crecimiento negativo por primera vez.

Si embargo, no podemos olvidar que las medidas adoptadas no han contribuido a contener el gasto farmacéutico hospitalario que ha experimentado un notable crecimiento en los últimos años, pasando de unos 3.700 millones de euros en 2006 a casi 5.800 al año en 2010; es decir, se ha incrementado alrededor de un 55% según el análisis del mercado farmacéutico español de la consultora de referencia IMS Health. Nos encontramos en un contexto económico de desaceleración de la economía global, que afecta de manera especialmente cruenta a España, y que nos obliga a continuar con políticas de ajuste presupuestario y a evitar las bolsas de ineficiencias que han sido puestas al descubierto.

Los medicamentos están implicados en las causas más frecuentes de ineficiencia descritas. Se suelen emplear medicamentos caros cuando se dispone de opciones más baratas e igualmente eficaces, el uso de antibióticos es excesivo, hay grandes variaciones en los precios que negocian las agencias de aprovisionamiento con los proveedores, la constante aparición de nuevos medicamentos, algunos de alto impacto económico y social (medicamentos huérfanos, oncológicos, para la artritis reumatoide, las hepatitis víricas, etc), otros de escasa relevancia clínica, o el tratamiento cada vez más frecuente de los factores de riesgo de determinadas enfermedades, se cuentan entre estas causas. La reducción de gastos innecesarios en medicamentos y el uso más adecuado de los mismos, sumados a la mejora del control de la calidad, se estima que podría suponer un ahorro a los países de hasta un 5% del gasto sanitario.

Necesitamos pues, profundizar en el uso racional de los medicamentos. La consolidando la historia clínica digital y la receta electrónica son imprescindibles para poder desarrollar herramientas que permita una prescripción asistida, que incremente la seguridad de los pacientes en el uso de los medicamentos.

También es necesario establecer mecanismos para la evaluación sistemática de las nuevas tecnologías sanitarias y de los nuevos medicamentos, de manera que permitan definir estrategias terapéuticas y de financiación en base a criterios de costes-efectividad y de resultados en salud, pero, de manera fundamental, debemos asegurar el sostenimiento del modelo sanitario garantizando su financiación con los recursos suficientes.

OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

Objetivo 32.- Reducir anualmente la facturación de la receta médica durante el periodo de vigencia del Plan, y disminuir el incremento del gasto en farmacia hospitalaria por debajo de la media nacional.

Responsables:
- **Subdirección de Farmacia del SES**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud
- Farmacéuticos de Área de Salud

Criterios de Evaluación:
- Gasto anual de facturación de receta médica
- Gasto anual de medicamentos hospitalarios

Líneas de Actuación:

32.1.- Puesta en marcha y desarrollo de modificaciones en el módulo de prescripción de receta médica de JARA para promover un mayor uso de la herramienta. Las modificaciones irán encaminadas a ofrecer una mayor accesibilidad y facilidad de uso del módulo de prescripción.

Responsables:
- **Subdirección de Farmacia del SES**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Subdirección de Sistemas de Información del SES

Evaluación:
- Porcentaje de prescripción en JARA frente a la receta manuscrita

32.2.- Información periódica a los facultativos prescriptores sobre sus indicadores de prescripción. Aseguramiento de que los profesionales consultan sus indicadores de gasto y consumo farmacéutico a través del programa SPFAR.

Responsables:
- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- Gerencias de las Áreas de Salud
- Subdirección de Farmacia del SES
- Farmacéuticos de Área de Salud
- Farmacéuticos de Equipo de Atención Primaria

Evaluación:
- Porcentaje de uso del programa SPFAR por los profesionales sanitarios

32.3.- Disminución de la prescripción de novedades terapéuticas con escasa aportación. Se aportará a los facultativos de forma periódica información actualizada sobre los nuevos medicamentos y su lugar en la terapéutica así como la relación de aquellos con escasa aportación.

Responsables:
- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- Subdirección de Farmacia del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud
- Farmacéuticos de Área de Salud

Evaluación:
- Disponibilidad de Informes de consumo de novedades terapéuticas (SPFAR)
- Disponibilidad de Informes y revisiones actualizadas sobre novedades terapéuticas

32.4.- Elaboración de 4 boletines anuales de información farmacoterapéutica del SES. Estos boletines deberán ofrecer información periódica sobre los grupos terapéuticos de mayor consumo.

Responsables:
- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- Subdirección de Farmacia del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud
- Farmacéuticos de Área de Salud

Evaluación:
- Disponibilidad y Nº de boletines anuales de información farmacoterapéutica del SES, y de informes elaborados

32.5.- Regulación de la visita médica y de las condiciones de formación por parte de los Laboratorios Farmacéuticos en Centros de Salud y Hospitales.

Responsables:
- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- Subdirección de Farmacia del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud
- Responsables de Formación de las Áreas

Evaluación:
- Nº de visitas médicas normalizadas

32.6.- Creación de un grupo de trabajo de Farmacoeconomía que permita analizar y seleccionar las opciones terapéuticas que tengan un impacto sanitario más positivo y establecer procedimientos de financiación de medicamentos de riesgo compartido.

Responsables:
- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- Subdirección de Farmacia del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud
- Farmacéuticos de Área de Salud
- Farmacéuticos de los servicios de Farmacia Hospitalaria

Evaluación:
- Existencia de grupos de trabajo de fármaco-economía

32.7.- Implantación de la Guía Farmacoterapéutica Geriátrica (GFTG) en Centros Sociosanitarios y adhesión a la misma.

Responsables:

- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- Subdirección de Farmacia del SES
- Dirección Gerencia del SEPAD
- Gerencias Territoriales del SEPAD
- Gerencias de las Áreas de Salud
- Farmacéuticos de Área de Salud
- Farmacéuticos de los servicios de Farmacia Hospitalaria

Evaluación:

- Porcentaje de Centros Sociosanitarios con implantación de la GFTG
- Porcentaje de centros con adhesión a la GFTG

32.8.- Desarrollo de un programa de seguridad en el uso del medicamento en el paciente institucionalizado a través del seguimiento farmacoterapéutico, en Centros Sociosanitarios y Residencias.

Responsables:

- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- Dirección Gerencia del SEPAD
- Gerencias Territoriales del SEPAD
- Subdirección de Farmacia del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud
- Farmacéuticos de Área de Salud
- Farmacéuticos de los Equipos de Atención Primaria

Evaluación:

- Disponibilidad y grado de implantación del Programa de Seguridad en el Uso de Medicamentos de Centros y Residencias Sociosanitarias
- Porcentaje de pacientes incluidos en el programa

32.9.- Extensión del Programa de Atención al Paciente Polimedicado en las Áreas de Salud. Refuerzo e implicación de todos los profesionales de los EAP en el Programa, estableciendo responsables en cada equipo, e implementando las herramientas informáticas que permitan mejorar su gestión.

Responsables:

- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- Subdirección de Farmacia del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud
- Responsable del Programa de Pacientes Polimedicados

Evaluación:

- Nº de zonas de salud con implantación del Programa de Atención al Paciente Polimedicado
- Porcentaje de pacientes en el Programa de Atención al Paciente Polimedicado
- Nº de PRM detectados

32.10.- Puesta en marcha de reuniones trimestrales de la Comisión de Farmacia y Terapéutica del SES.

Responsables:

- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- Subdirección de Farmacia del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud
- Farmacéuticos de Área de Salud
- Farmacéuticos de los servicios de Farmacia Hospitalaria

Evaluación:

- Nº de sesiones/año de la Comisión de Farmacia y Terapéutica del SES

32.11.- Implantación de Contratos de Compra Centralizada.

Responsables:

- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- Subdirección de Farmacia del SES
- Subdirección de Gestión Económica y Contratación Administrativa del SES
- Secretaría General del SES

Evaluación:

- Nº de contratos de compra centralizada

32.12.- Potenciación del papel del farmacéutico del equipo de atención primaria, como referente en la información de medicamentos basados en la evidencia científica a través de sesiones clínicas en los Centros de Salud.

Responsables:

- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- Subdirección de Farmacia del SES
- Farmacéuticos de Área de Salud
- Farmacéuticos de los Equipos de Atención Primaria

Evaluación:

- Nº de sesiones clínicas impartidas en los centros de salud por los farmacéuticos de atención primaria

32.13.- Implementación de Actividades de Educación Sanitaria dirigido a usuarias/os y población general, sobre los beneficios y riesgos de los medicamentos.

Responsables:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Subdirección de Farmacia del SES
- Farmacéuticos de los Equipos de Atención Primaria

Evaluación:

- Nº de actividades de Educación para la Salud llevadas a cabo, anualmente, dirigidas a usuarias/os sobre los beneficios y riesgos de los medicamentos

32.14.- Revisión y consenso sobre listado de medicamentos en los botiquines de Atención Primaria.

Responsables:

- **Subdirección de Atención Primaria del SES**
- Subdirección de Farmacia del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud
- Farmacéuticos de Área de Salud
- Farmacéuticos de los Equipo de Atención Primaria

Evaluación:

- Nº de botiquines de Atención Primaria revisados

22.- CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DEL SSPE. SEGURIDAD DEL PACIENTE

Según establece la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en el Capítulo III, artículo 69, apartado 2, "la evaluación de la calidad de la asistencia prestada deberá ser un proceso continuado que informará todas las actividades del personal de salud y de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud (SNS), y que la Administración sanitaria establecerá sistemas de evaluación de la calidad asistencial oídas las Sociedades científicas sanitarias".

La Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, establece en su artículo 3.g la mejora continua de la calidad de los servicios y prestaciones como uno de los principios rectores del SSPE, y determina en su artículo 5.2 que la inclusión de nuevos servicios y prestaciones en el Sistema será objeto de una evaluación previa de su efectividad y eficiencia.

Asimismo, de sus artículos 40 y 46, se desprende que las actuaciones de evaluación y mejora continua de la calidad de los servicios sanitarios, competen al SSPE, y concretamente a la Consejería competente en materia de sanidad, que establecerá los sistemas de evaluación de la calidad de las prestaciones y servicios sanitarios, oído el Consejo Extremeño de Salud.

En la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, se establece el principio de que la mejora de la calidad del sistema sanitario en su conjunto, debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias públicas y privadas. Así, en sus artículos 28.1 y 29 determina que las Comunidades Autónomas garantizarán la calidad de las prestaciones, y que estas garantías de seguridad y calidad serán aplicables a todos los centros, públicos y privados, siendo responsabilidad de las Administraciones Públicas Sanitarias velar por su cumplimiento.

El Plan de Calidad del SNS, previsto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, está dirigido a la ciudadanía e impulsa una atención sanitaria centrada en los pacientes y sus necesidades y fomenta la excelencia clínica y la adopción de buenas prácticas basadas en el mejor conocimiento científico disponible.

La legislación estatal y autonómica reconoce los derechos y deberes de todos los ciudadanos respecto a la atención sanitaria, situando al usuario en el centro del sistema y garantizando no sólo la asistencia sanitaria y su seguimiento, sino también la información suficiente que le permita una utilización responsable de los recursos sanitarios, y una participación activa en su mejora. Por tanto, entendiendo la atención sanitaria como un derecho, como cualquier Sistema Sanitario Público se debe garantizar la accesibilidad para todos, sin obviar el hecho de que sus estructuras, procedimientos y recursos han de estar disponibles a los ciudadanos, con independencia de sus diferencias individuales y colectivas.

El SSPE, se caracteriza por la extensión de sus servicios a toda la población, el acceso equitativo a los servicios sanitarios públicos, la descentralización y la integración de la promoción de la salud y la prevención de enfermedad con la asistencia sanitaria.

Los profesionales de la sanidad constituyen un elemento esencial en la modernización y calidad del sistema sanitario extremeño y de ahí la importancia de establecer los mecanismos necesarios que permitan su desarrollo profesional en el Servicio Extremeño de Salud, al amparo de lo establecido al respecto con carácter genera, tanto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, y en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

El Plan de Salud de Extremadura 2013-2020 prevé en su contexto, entre otras estrategias, el desarrollo del II Plan Marco de Calidad del SSPE. Este II Plan pretende dar continuidad a las políticas de calidad, de seguridad del paciente y de humanización de la atención sanitaria de la Consejería de Salud y Política Social, situando como objetivo principal la satisfacción plena de la ciudadanía, con la atención sanitaria recibida.

Para ello, se garantiza la provisión de servicios sanitarios con criterios de calidad, eficiencia y aprovechamiento óptimo de los recursos, se asegura la accesibilidad y la promoción de la equidad, reduciendo las desigualdades sociales en salud, y se garantiza la continuidad asistencial y la participación efectiva de todos los profesionales y la población general.

El II Plan Marco de Calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura respalda el desarrollo y seguimiento del Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del SES 2011-2016, siendo la seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos relacionados con la atención sanitaria una dimensión esencial y nuclear de la calidad asistencial.

Asimismo, factores tales como la naturaleza limitada de los recursos económicos, la existencia de procesos asistenciales más complejos, el uso de nuevas tecnologías en la práctica médica, la especialización de los profesionales y el progresivo desplazamiento del enfermo hacia el centro del sistema, han configurado una creciente importancia del concepto de calidad total en el ámbito sanitario.

El Plan de Salud de Extremadura, 2013-2020, propugna dar continuidad a la prestación de servicios integrales y coordinados en salud pública, atención primaria, atención especializada, atención a la salud mental y atención sanitaria urgente, teniendo como eje transversal a los mismos la mejora continua de la calidad, el fortalecimiento de la humanización de la asistencia sanitaria y la minimización del riesgo de daños innecesarios en el paciente.

OBJETIVOS Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

Objetivo 33.- Desarrollo de las estrategias enunciadas en el Plan Marco de Calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura, dando continuidad al mismo, durante el periodo de vigencia del Plan.

Responsables:
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- **Servicio de Autorización, Acreditación, Evaluación y Calidad de la CSyPS**
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud

Criterios de Evaluación:
- Grado de elaboración, implantación y desarrollo II Plan Marco de Calidad del SSPE en las Áreas de Salud
- Resultados de seguimiento y evaluación del II Plan Marco de Calidad del SSPE
- Disponibilidad de la Expresión Anticipada de Voluntades, en la historia clínica digital

Líneas de Actuación:

33.1.- Elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación del II Plan Marco de Calidad del SSPE 2014-2020.

Responsables:
- Servicio de Autorización, Acreditación, Evaluación y Calidad de la CSyPS
- **Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS**
- **Dirección Gerencia del SES**
- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- **Gerencias de las Áreas de Salud**

Evaluación:
- Disponibilidad del II Plan Marco de Calidad del SSPE
- Disponibilidad de informes de seguimiento y evaluación del II Plan Marco de Calidad del SSPE

33.2.- Fomento de la Gestión de centros, servicios y establecimientos sanitarios, públicos y privados, de acuerdo al Modelo de Calidad de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Responsables:
- **Dirección Gerencia del SES**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Servicio de Autorización, Acreditación, Evaluación y Calidad de la CSyPS
- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- **Gerencias de las Áreas de Salud**

Evaluación:
- Nº total de centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos y privados autoevaluados/año
- Nº total de centros, servicios y establecimientos sanitarios públicos y privados acreditados/año

33.3.- Inclusión de los indicadores de cumplimiento de estándares del Modelo de Calidad, en los Contratos de Gestión de las Gerencias de Área.

Responsables:

- **Dirección Gerencia del SES**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Servicio de Autorización, Acreditación, Evaluación y Calidad de la CSyPS
- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- **Gerencias de las Áreas de Salud**

Evaluación:

- Nº de indicadores de cumplimiento de estándares del Modelo de Calidad incluidos en los contratos de gestión de las Áreas
- % de cumplimiento de los estándares del Modelo de Calidad

33.4.- Desarrollo de instrumentos de mejora de la gestión sanitaria: implantación progresiva de la gestión por procesos, uso y evaluación de protocolos, y de guías de práctica clínica.

Responsables:

- **Dirección Gerencia del SES**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud

Evaluación:

- Nº de procesos asistenciales, y no asistenciales, puestos en marcha en cada Área de Salud
- Nº de protocolos utilizados por Área de Salud
- Nº de guías de práctica clínica, por Área de Salud

33.5.- Integración de la Expresión Anticipada de Voluntades en la historia clínica digital, para hacerla más accesible a los profesionales sanitarios, y asegurar así el cumplimiento de la última voluntad expresada por la persona.

Responsables:

- **Dirección Gerencia del SES**
- Subdirección de Sistemas de Información del SES
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Servicio de Autorización, Acreditación, Evaluación y Calidad de la CSyPS

Evaluación:

- Disponibilidad de acceso a la Expresión Anticipada de Voluntades, a través de la historia clínica digital

33.6.- Promoción de la formación continuada específica, de los profesionales del SSPE, dirigida al aumento y consolidación de conocimientos y habilidades en Calidad y Seguridad de Pacientes.

Responsables:

- **Servicio de Autorización, Acreditación, Evaluación y Calidad de la CSyPS**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- Gerencias de las Áreas de Salud

Evaluación:

- Nº de actividades de formación específica para la mejora de la Calidad y Seguridad de Pacientes/año
- Porcentaje de actividades formativas acreditadas por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud
- Nº de actuaciones encaminadas a la mejora continua de los profesionales, con la participación activa de sociedades científicas/ año
- Nº alumnos beneficiarios de actividades de formación continuada realizadas /año

Objetivo 34. – Dar continuidad, al Plan de Humanización del SSPE 2007-2013, con la creación e integración, de un eje estratégico de Humanización del SSPE, dentro del II Plan Marco de Calidad del SSPE.

Responsables:

- **Servicio de Autorización, Acreditación, Evaluación y Calidad de la CSyPS**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud

Criterios de Evaluación:

- Grado de implantación y desarrollo del eje estratégico de Humanización, dentro del II Plan Marco de Calidad del SSPE
- Resultados de seguimiento y evaluación del eje estratégico de Humanización, dentro del II Plan Marco de Calidad del SSPE
- Resultados de las encuestas de satisfacción dirigidas a la población general
- Resultados de las encuestas de satisfacción, y de clima laboral, dirigidas a profesionales del SSPE

Líneas de Actuación:

34.1.- Inclusión, Implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación de un eje estratégico de Humanización del Sistema Sanitario Público de Extremadura, dentro del II Plan Marco de Calidad del SSPE.

Responsables:

- **Servicio de Autorización, Acreditación, Evaluación y Calidad de la CSyPS**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud

Evaluación:

- Disponibilidad del eje estratégico de Humanización, dentro del II Plan Marco de Calidad del SSPE
- Disponibilidad de informes de seguimiento y evaluación del eje estratégico de Humanización, dentro del II Plan Marco de Calidad del SSPE

34.2.- Conocimiento actualizado del grado de satisfacción de la población general, respecto a la atención sanitaria recibida, y los recursos sanitarios relacionados con dicha atención.

Responsables:
- **Servicio de Autorización, Acreditación, Evaluación y Calidad de la CSyPS**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud

Evaluación:
- Nº encuestas de satisfacción a usuarias/os, realizadas
- Resultados del grado de satisfacción de las/os usuarias/os respecto a la atención sanitaria recibida, y los recursos sanitarios relacionados con dicha atención

34.3.- Conocimiento actualizado del grado de satisfacción de las/os profesionales respecto al ejercicio profesional, su entorno, condiciones laborales y posibles propuestas y/o sugerencias.

Responsables:
- **Servicio de Autorización, Acreditación, Evaluación y Calidad de la CSyPS**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud

Evaluación:
- Nº de encuestas de satisfacción y clima laboral a las/os profesionales del SSPE
- Nº de acciones de mejora implantadas y desarrolladas a partir de los resultados de la encuesta de satisfacción y clima laboral
- Nº de propuestas o sugerencias de mejora realizadas

34.4.- Establecimiento de estrategias informativas que permitan garantizar el ejercicio de los derechos y deberes de la ciudadanía, respecto al sistema sanitario.

Responsables:
- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Servicio de Autorización, Acreditación, Evaluación y Calidad de la CSyPS
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud

Evaluación:
- Nº de actividades y/o campañas informativas /año, relacionadas con los derechos, deberes y de las personas usuarias del sistema sanitario

34.5.- Mejora de la información, dirigida a la población general y a profesionales del SSPE, y promoción de la comunicación entre ellos.

Responsables:
- **Dirección Gerencia del SES**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud
- Subdirección de Sistemas de Información del SES

Evaluación:

- Disponibilidad de la "Guía de Información al Ciudadano"
- Disponibilidad de la "Carta de Servicios del Paciente" en todos los centros del SSPE
- Disponibilidad y funcionamiento de los medios de información y comunicación institucionales (página web institucional de la CSyPS y del SES, portal Salud Extremadura, páginas web de las áreas de salud, etc.)
- Disponibilidad y funcionamiento de un Plan y de una Guía de Acogida y de Despedida a pacientes, en todos los centros hospitalarios del SSPE
- Disponibilidad y funcionamiento del protocolo de actuación para la información y comunicación a pacientes con discapacidad sensorial y a los colectivos de inmigrantes, en todas las Áreas de Salud
- Disponibilidad y funcionamiento de un Plan y de una Guía Básica de Acogida y de Despedida a profesionales, en todos los centros, establecimientos y servicios sanitarios, del SSPE
- Disponibilidad de estrategias para la prevención de agresiones a profesionales del SSPE
- Disponibilidad de Servicios u oficinas de atención e Información a usuarios, y a profesionales, en todas las Áreas de Salud

Objetivo 35.- Fomentar la seguridad de pacientes y de sus familiares, atendidos por el Sistema Sanitario Público de Extremadura.

Responsables:

- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Gerencias de las Áreas de Salud

Criterios de Evaluación:

- Grado de Implantación y desarrollo del "Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del SES (2011-2016)", en las Áreas de Salud
- Resultados de seguimiento y evaluación anual del "Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del SES 2011-2016"
- Disponibilidad de informes de seguimiento y evaluación de las estrategias implantadas, dirigidas a la seguridad del paciente del SES, a partir del año 2017
- Existencia de la estructura operativa para el "Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del SES" y el Plan Marco de Calidad del SSPE, en las Áreas de Salud

Líneas de Actuación:

35.1.- Desarrollo, seguimiento y evaluación del "Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2011-2016" del SES, como uno de los pilares estratégicos del Plan Marco de Calidad del SSPE.

Responsables:

- **Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Gerencias de las Áreas de Salud

Evaluación:

- Grado de Implantación y desarrollo del "Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del SES 2011-2016"
- Disponibilidad de informes de seguimiento y evaluación del "Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del SES 2011-2016"

35.2.- Dar continuidad al vigente "Plan Estratégico de Seguridad del Paciente 2011-2016" del SES, una vez finalizado su periodo de vigencia.

Responsables:

- **Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Gerencias de las Áreas de Salud

Evaluación:

- Existencia, grado implantación y desarrollo de las Estrategias dirigidas a la Seguridad del Paciente del SES, a partir del año 2017
- Disponibilidad de informes de seguimiento y evaluación de las estrategias implantadas, dirigidas a la Seguridad del Paciente del SES, a partir del año 2017

35.3.- Inclusión de medidas de mejoras de la seguridad del paciente, y prevención de eventos adversos, en los contratos de gestión de las Áreas de Salud.

Responsables:

- **Dirección Gerencia del SES**
- Secretaría General del SES
- Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud

Evaluación:

- Nº de medidas de mejoras de la seguridad del paciente y prevención de eventos adversos, incluidas en los contratos de gestión de las Áreas de Salud
- Porcentaje o grado de implantación de medidas dirigidas a la seguridad del Paciente, por Áreas de Salud
- Porcentaje o grado de cumplimiento de estas medidas dirigidas a la seguridad del Paciente

35.4.- Creación e Impulso de la estructura operativa para el desarrollo y seguimiento del "Plan Estratégico de Seguridad del Paciente" y el "Plan Marco de Calidad del SSPE", en las Áreas de Salud, servicios centrales del SES y la Consejería de Salud y Política Social.

Responsables:

- **Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES**
- Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Gerencias de las Áreas de Salud

Evaluación:

- Disponibilidad de la estructura operativa para el "Plan Estratégico de Seguridad del Paciente del SES" y el "Plan Marco de Calidad del SSPE"
- Nº de reuniones de coordinación entre responsables de calidad y seguridad del paciente en las Áreas de Salud, con los coordinadores/ responsables del "Plan Estratégico de Seguridad del Paciente" y el "Plan Marco de Calidad del SSPE", de los servicios centrales
- Nº de reuniones de coordinación de los responsables de calidad y seguridad del paciente en las Áreas de Salud, con las Gerencias de las Áreas, en el marco de los planes de calidad y de seguridad del paciente

23.- PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

La participación comunitaria en salud debe ser entendida como el proceso mediante el cual, las personas y las familias, asumen la responsabilidad ante su salud y bienestar y el de la propia comunidad, y desarrollan la capacidad de contribuir activamente a su propio desarrollo y el de la comunidad.

La organización de la sociedad, las condiciones y los estilos de vida desempeñan un papel determinante tanto en el estado de salud como en la organización de los servicios sanitarios. Bajo este concepto de origen multifactorial de la enfermedad, las personas usuarias de los servicios de salud adquieren dimensión de protagonistas y sin su participación resultará técnicamente imposible resolver los problemas existentes, prevenir las enfermedades y mejorar el estado de salud.

El empoderamiento para la salud de la comunidad supone que las personas actúen colectivamente, con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud. Para ello es necesaria una toma de conciencia de la población sobre la situación y los problemas y sobre la necesidad de participar para cambiar las cosas. Gracias a esta participación, de forma individual, y como grupos sociales, pueden incrementar sus responsabilidades en salud contribuyendo a un desarrollo más global del estado de salud de la sociedad y de los centros y servicios sanitarios disponibles.

La participación comunitaria en salud, es la coordinación estrecha de la comunidad, los líderes, las organizaciones, los sectores, instituciones formales e informales para llevar a cabo actividades de salud. Uno de los cauces que posibilitan la participación de la ciudadanía en la organización y gestión del sistema sanitario son los órganos formales de participación comunitaria en salud.

En Extremadura, se encuentran actualmente constituidos y en funcionamiento los Consejos de Salud de Zona, Consejos de Salud de Área, y el Consejo Extremeño de Salud. Resulta fundamental potenciar la participación activa de los distintos protagonistas de la comunidad representados en éstos órganos. Asimismo, con el fin de abordar la participación asociativa, la puesta en marcha del Consejo Regional de Pacientes de Extremadura constituye el marco de encuentro entre la administración sanitaria y los/as pacientes extremeños/as, representados en este foro por las asociaciones de pacientes que desarrollan su labor en la Comunidad Autónoma.

La participación de las personas usuarias de los servicios de salud en aspectos referidos a la utilización de los mismos representa otra forma de participación en salud: decisión de usarlos o no; adherencia al tratamiento; libre elección de profesional, servicio y centro; consentimiento informado previo a cualquier intervención médica; testamento vital o expresión anticipada de voluntades; influencia en el comportamiento del personal sanitario; realización de encuestas de satisfacción de pacientes; quejas, reclamaciones y sugerencias; petición de información o de una segunda opinión médica, y participación en grupos de educación para la salud.

Desde el *Plan de Salud de Extremadura 2013-2020* se propugna continuar potenciando las diversas formas de participación de la comunidad en la organización, gestión y control del SSPE, del SEPAD y de la Dirección General de Política Social y Familia.

Hacer efectiva esta participación en salud ayudará a profundizar en la democratización de la sociedad para que el conjunto de la población pueda ser agente de su propio desarrollo.

OBJETIVO Y LÍNEAS DE ACTUACIÓN:

Objetivo 36.- Potenciar y favorecer la Participación Comunitaria en Salud, en el marco del Sistema Sanitario Público de Extremadura, así como la participación socio-sanitaria en el ámbito del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, Política Social y Familia, e IMEX.

Responsables:

- **Dirección General de Salud Pública del SES**
- Servicio de Participación Comunitaria en Salud del SES
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección Gerencia del SEPAD
- Dirección General de Políticas Social y Familia de la CSyPS

Criterios de Evaluación:

- Nº y tipo de actuaciones implantadas dirigidas específicamente a potenciar la participación de las/os usuarias/os en aspectos referidos a la utilización de los servicios sanitarios, socio-sanitarios, sociales e IMEX
- Existencia del "Consejo Regional de Pacientes de Extremadura"
- Existencia de unidades administrativas para el fomento de la participación comunitaria en el ámbito de la Política Social y Familia, del SEPAD y del IMEX

Líneas de Actuación:

36.1.- Fomento de la participación de los población usuaria de los servicios sanitarios y socio-sanitarios, especialmente en aspectos referidos a la disponibilidad y adecuada utilización de recurso y servicios, fomentando para ello la utilización de las nuevas Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

Responsable:

- **Servicio de Participación Comunitaria en Salud del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección Gerencia del SEPAD
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Subdirección de Sistemas de Información del SES
- Dirección General de Políticas Social y Familia de la CSyPS

Evaluación:

- Nº y tipo de actuaciones implantadas dirigidas específicamente a potenciar la participación de la población usuaria, en aspectos referidos a la disponibilidad y adecuada utilización de los servicios sanitarios, socio-sanitarios y sociales
- Nº y tipo de actuaciones implantadas para fomentar la participación de agentes de salud comunitarios, en la promoción de la salud
- Nº y tipo de actuaciones desarrolladas para impulsar la participación comunitaria en salud y en el ámbito socio-sanitario, mediante el uso de las nuevas tecnologías
- Actualización de la normativa que regula el derecho a la libre elección de médico/a para la asistencia especializada en Consultas Externas en el SSPE

36.2.- Incorporación progresiva de actuaciones de participación comunitaria en salud, en los sucesivos Planes Estratégicos del SES, y en los contratos de gestión del SES con las Gerencias de las Áreas de Salud.

Responsables:
- **Dirección Gerencia del SES**
- Gerencias de las Áreas de Salud
- Servicio de Participación Comunitaria en Salud del SES

Evaluación:
- Nº de líneas de actuación de participación comunitaria en salud, contenidas en el Plan Estratégico del SES, y en los contratos de gestión con las Gerencias de Área

36.3.- Creación y puesta en marcha del "Consejo Regional de Pacientes de Extremadura", así como de otros órganos de colaboración para la potenciación de la participación de la ciudadanía en la organización y la gestión de los sistemas sanitario y socio-sanitario.

Responsable:
- **Servicio de Participación Comunitaria en Salud del SES**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección Gerencia del SEPAD
- Gerencias de las Áreas de Salud
- Dirección General de Políticas Social y Familia de la CSyPS

Evaluación:
- Disponibilidad y resultados de funcionamiento del "Consejo Regional de Pacientes de Extremadura"
- Nº y tipo de órganos de participación ciudadana en funcionamiento en el SSPE
- Nº y tipo de órganos de participación comunitaria en el ámbito socio-sanitario
- Nº de actuaciones desarrolladas para fomentar la coordinación entre los distintos órganos de participación comunitaria a nivel de servicios centrales y en las distintas Áreas de Salud

36.4.- Creación y puesta en marcha de una unidad administrativa para la participación comunitaria en los ámbitos de política Socia y Familial, del SEPAD y del IMEX, que trabaje en coordinación con el servicio de participación comunitaria en salud del SES.

Responsable:
- **Dirección Gerencia del SEPAD**
- **Dirección General de Políticas Social y Familia de la CSyPS**
- **Dirección General del Instituto de la Mujer de Extremadura**
- Dirección General de Salud Pública del SES
- Servicio de Participación Comunitaria en Salud del SES

Evaluación:
- Resultado de funcionamiento de las unidades administrativas para el fomento de la participación comunitaria en los ámbitos de Política Social y Familia, del SEPAD y del IMEX
- Nº de actuaciones de participación comunitaria desarrollas de forma conjunta (SES, SEPAD, IMEX, Y Dirección General de Política Social y Familia)
- Nº de Subvenciones concedidas para el fomento de la participación Comunitaria a entidades sin ánimo de lucro, en los ámbitos del SES, SEPAD, Política Social y Familia, e IMEX

24.- ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

En esta área de intervención es necesaria la colaboración entre los servicios sanitarios y sociales en el marco de la atención sociosanitaria en Extremadura mediante la realización de una acción conjunta de ambos sectores para aportar una respuesta a las demandas de los ciudadanos, organizando un sistema de servicios coordinado, con procesos bien definidos y caracterizado por prestar una atención integral, interdisciplinar y global.

El espacio sociosanitario es el formado por las necesidades de prestaciones sociales y sanitarias de forma simultánea y continuada, de un conjunto determinado de personas con enfermedades crónicas y discapacidades físicas, psíquicas, sensoriales o intelectuales, que conllevan distintos niveles de dependencia.

En la Consejería de Salud y Política Social se encuentran integrados los organismos responsables de gestionar la atención sanitaria y la atención a la dependencia, el Servicio Extremeño de Salud (SES) y el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD), respectivamente, constituyendo un verdadero sistema integral de cuidados continuados, organizado sobre la gestión de dos servicios autónomos complementarios y coordinados.

Este modelo, que conjuga atención social y sanitaria, tiene como principios básicos el garantizar la universalidad en el acceso a los recursos y dispositivos existentes, en condiciones de igualdad efectiva y de no discriminación, y la potenciación de los programas de promoción de la autonomía personal, con el objeto de evitar la aparición o el agravamiento de las situaciones de dependencia; la priorización de la atención comunitaria frente a la atención residencial, posibilitando la permanencia de la persona en su domicilio y entorno habitual; la calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a las personas con discapacidad y en situación de dependencia y la atención de forma integral e integrada a las personas con discapacidad o en situación de dependencia, sea por causa física, sensoriales, psíquicas o mentales.

Corresponde a la Consejería de Salud y Política Social la planificación, supervisión, coordinación sociosanitaria y control de las políticas sociales en materia de dependencia, discapacidad, mayores y envejecimiento activo y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

El SEPAD, tiene por finalidad ejercer las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sociosanitarios que le encomiende la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura, conforme a los objetivos y principios de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, y desarrollo y coordinación de las políticas sociales de atención a personas con discapacidad y mayores. El SEPAD, bajo la supervisión y control de la Consejería de Salud y Política Social, desarrolla, entre otras, las funciones de coordinación general, desarrollo y ejecución de la política social en materia de dependencia y de los programas de promoción de la autonomía personal, en materia de atención a las personas con discapacidad (especialmente el desarrollo del Marco de Atención a la Discapacidad en Extremadura) y en materia de mayores y envejecimiento activo. Así mismo, el desarrollo y coordinación de los programas de atención a la dependencia y discapacidad en materia de salud mental y el desarrollo y coordinación de la atención a la dependencia y discapacidad originada por el deterioro cognitivo.

OBJETIVO Y LINEAS DE ACTUACIÓN:

OBJETIVO 37: Elaboración, implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación de Estrategias de Intervención del ámbito Sociosanitario competencia del SEPAD: Discapacidad, Dependencia y Mayores.

Responsable:

- **Dirección Gerencia del SEPAD**
- Dirección General de Asistencia Sanitaria del SES
- Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES
- Unidad de Discapacidad y Salud Mental del SEPAD
- Unidad de Dependencia del SEPAD
- Unidad de Mayores y Deterioro Cognitivo del SEPAD

Criterios de Evaluación:

- Grado alcanzado en la elaboración, implantación, desarrollo, resultados de seguimiento y evaluación de las Estrategias de intervención del ámbito Sociosanitario.

Líneas de Actuación:

37.1.- Elaboración, desarrollo, seguimiento y evaluación de la Estrategia para la atención a la Discapacidad dirigida al fomento de la calidad de vida, el bienestar y la autonomía de las personas con discapacidad, teniendo en cuenta sus necesidades específicas:

- **Elaboración del Mapa de Recursos disponibles para la atención a las personas con discapacidad en Extremadura.**
- **Puesta en marcha de medidas para la difusión e información sobre la disponibilidad de servicios y recursos para la atención a la discapacidad en Extremadura, haciendo especial incidencia en el medio rural.**
- **Actualización y desarrollo de la normativa necesaria, para garantizar la adecuada atención a las personas con discapacidad en Extremadura.**
- **Desarrollo de medidas, actuaciones y/o programas dirigidos al fomento de la autonomía, independencia y participación social, de las personas con discapacidad en Extremadura.**
- **Mantenimiento de los dispositivos tanto de atención diurna, como de atención residencial y, en su caso, ampliación de su número, según necesidades, dentro del marco presupuestario anual de la CAE.**
- **Desarrollo y puesta en marcha de medidas dirigidas a la autonomía e integración, normalización y participación social y laboral de las personas con trastorno mental grave.**
- **Desarrollo y puesta en marcha de medidas dirigidas a la consolidación de los centros y servicios de la Red de Salud Mental, dependiente del SEPAD, para la atención a las personas con trastorno mental grave y a sus familias.**
- **Mantenimiento y fomento del Modelo de Coordinación Sociosanitario, para asegurar una adecuada e integral atención a las personas con trastorno mental grave**

Responsable:

- **Dirección Gerencia del SEPAD**
- Unidad de Discapacidad y Salud Mental del SEPAD
- Gerencias Territoriales del SEPAD
- Dirección Gerencia del SES
- Secretaría General del SES/SEPAD
- Subdirección de Salud Mental y Programas Sanitarios del SES

Evaluación:

- Disponibilidad del Mapa de Recursos disponibles para la atención a las personas con discapacidad en Extremadura
- Número de medidas para la difusión e información sobre la disponibilidad de servicios y recursos para la atención a la discapacidad en Extremadura
- Disponibilidad de actualización/ es de normativa relacionada con la discapacidad en Extremadura
- Existencia y número de medidas, actuaciones y/o programas, dirigidos al fomento de la autonomía, independencia y participación social, de las personas con discapacidad en Extremadura
- Número anual de dispositivos tanto de atención diurna, como de atención residencial
- Medidas, actuaciones y/o programas dirigidos a la autonomía e integración, normalización y participación social y laboral de las personas con trastorno mental grave, desarrolladas
- Medidas dirigidas a la consolidación de los centros y servicios de la Red de Salud Mental, dependiente del SEPAD, para la atención a las personas con trastorno mental grave y a sus familias, desarrolladas
- Número de reuniones de Coordinación Sociosanitaria mantenidas anualmente

37.2.- Elaboración, desarrollo, seguimiento y evaluación de la Estrategia para la Atención a la Dependencia, dirigida a la mejora de la atención a personas en situación de dependencia, promocionando la autonomía y la mejora de la calidad de vida, de ellas y de sus familias:

- **Desarrollo y puesta en marcha de medidas para garantizar y facilitar el acceso a las prestaciones y servicios, del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), a las personas en situación de dependencia.**
- **Elaboración del Mapa de recursos de atención a la persona dependiente en Extremadura.**

Responsable:

- **Dirección Gerencia del SEPAD**
- Unidad de Dependencia del SEPAD
- Gerencias Territoriales del SEPAD
- Secretaría General del SES/SEPAD

Evaluación:

- Número de medidas para garantizar y facilitar el acceso a las prestaciones y servicios, del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), a las personas en situación de dependencia
- Disponibilidad del Mapa de recursos de atención a la persona dependiente en Extremadura

37.3.- Elaboración, desarrollo, seguimiento y evaluación de programas para la atención a las personas mayores y al envejecimiento activo, contemplando actividades de :

- Elaboración de un Mapa regional con todos los servicios y estancias residenciales, tanto diurnas como nocturnas, garantizando que todos las personas mayores sean atendidas según sus necesidades, especialmente en el ámbito rural.

- Promoción de actividades intergeneracionales orientadas al fomento de ejercicio físico, al ocio y tiempo libre dirigidas a personas mayores.

- Promoción de actuaciones dirigidas al fomento del uso de nuevas tecnologías, en el grupo poblacional de personas mayores.

- Promoción de actuaciones y/o medidas de fomento del voluntariado en personas mayores.

Responsable:

- **Dirección Gerencia del SEPAD**
- Unidad de Gestión de Control de la Actividad Asistencial y Sistemas de Información del SEPAD
- Gerencias Territoriales del SEPAD

Evaluación:

- Disponibilidad del Mapa regional con todos los servicios y estancias residenciales, tanto diurnas como nocturnas
- Número de actividades desarrolladas dirigidas a personas mayores, y orientadas al fomento del ejercicio físico, del ocio y tiempo libre
- Número de actuaciones desarrolladas, dirigidas al fomento del uso de nuevas tecnologías, en el grupo poblacional de personas mayores
- Número de actuaciones y/o medidas de fomento del voluntariado en personas mayores

25.- GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

La gestión del conocimiento en el SSPE consiste en la producción, distribución, almacenamiento, evaluación, disponibilidad, transferencia y puesta en práctica del conocimiento. Este conocimiento es el resultado, tanto de la información proveniente del exterior, como de la creada por los propios componentes del Sistema Sanitario. Sus objetivos específicos son los de mejorar la calidad asistencial, la equidad en la provisión de servicios y la eficiencia en la gestión; y su objetivo general, aumentar el nivel de salud de la ciudadanía.

Actualmente, el desafío de la gestión de conocimiento en el ámbito del SSPE se centra en: hacer más accesible desde un punto de vista funcional, físico e intelectual, la gestión de conocimiento explícito; mejorar la gestión del conocimiento generado durante la práctica (o cómo convertir el conocimiento tácito en capacidad para la acción); optimizar la gestión de la información del y para la persona usuaria final (paciente, ciudadana); identificar los problemas, las necesidades y el ámbito prioritarios de actuación; e implantar las herramientas tecnológicas necesarias para conseguir los objetivos de la gestión del conocimiento.

Los profesionales son el principal activo del SSPE, los que hacen posible la calidad y la eficiencia del mismo y los que pueden y deben aportar su conocimiento y experiencia en la búsqueda de soluciones para afrontar los nuevos retos. De ahí que, junto al reconocimiento profesional y la satisfacción de los mismos, sea necesario desarrollar otras acciones clave, como son aquellas que suponen una actualización de sus conocimientos y mejora de competencias, o aquellas que favorezcan el desarrollo de la investigación.

El *Plan de Salud de Extremadura 2013-2020* prioriza el desarrollo de dos grupos de actividades claves para el mantenimiento y mejora del Sistema Sanitario Público de Extremadura, relacionadas directamente con sus profesionales: la formación en todas sus etapas (grado, postgrado, especializada, continuada, formación profesional) y la investigación, innovación y desarrollo en el campo de las ciencias de la salud. Y ello, con el fin de prevenir y resolver los principales problemas de salud que afectan a los ciudadanos y ciudadanas de la Comunidad Autónoma.

FORMACIÓN

La formación constituye una de los pilares básicos para lograr que los trabajadores de cualquier sistema sanitario puedan responder a las necesidades actuales y futuras en las áreas: de la salud, de la gestión sanitaria y de la organización de los servicios sanitarios. Es una responsabilidad de los poderes públicos, que deben velar por la adecuación, calidad, accesibilidad y reconocimiento de la formación de sus profesionales. Y es un derecho y un deber del profesional, que le permite la actualización de sus conocimientos y la incorporación de los avances que se han generado en las distintas disciplinas en el campo de las ciencias de la salud.

Especial relevancia tienen las actividades de formación continuada en el conjunto del Sistema Sanitario Público de Extremadura, entendida como se establece en el art. 33 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, como el "proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho y obligación los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario".

En los años de vigencia del *Plan de Salud de Extremadura 2009-2012,* se ha observado un incremento progresivo de las actividades formativas organizadas tanto por la Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social, como desde los Departamentos/Unidades de Formación de las Gerencias de Área de Salud del SES. También, las llevadas a cabo por otros proveedores de formación en Ciencias de la Salud.

Los planes de formación continuada del SSPE darán respuesta a los objetivos y las necesidades planteadas en las respectivas Áreas de Intervención del *Plan de Salud de Extremadura 2013-2020*. En este sentido, se priorizará el conocimiento del mismo, de sus herramientas y de los planes estratégicos y programas que propugna. Se diseñará una formación específica para aquellos objetivos del Plan que así lo requieran.

La Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo, con la colaboración de la Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social, los coordinadores de formación de las Gerencias de Área del SES, las Unidades Docentes y otros agentes, desarrollará una estrategia de detección de necesidades de formación continuada, que permita conocer cuales son las necesidades formativas prioritarias de los profesionales en ejercicio en el SSPE, tanto las sentidas por los propios profesionales y la organización sanitaria, como las no sentidas, y la evaluación del impacto.

En formación continuada del profesional, se hace necesario incluir nuevas técnicas pedagógicas, de forma que el profesional sea capaz de personalizar su enseñanza y mantener un espíritu crítico e innovador. También, la promoción de su acreditación por parte de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Extremadura; esto garantiza la calidad de determinados aspectos de esta formación.

Junto a las modalidades formativas de cursos, seminarios, talleres teórico-prácticos, simposios, etc., se hace necesario impulsar otros formatos como: las sesiones de autoformación de los equipos de atención primaria o unidades clínicas hospitalarias y las sesiones o interconsultas docentes entre facultativos de atención primaria y hospitalarios del mismo Área de Salud; actividades "on line"; formación a distancia, píldoras formativas, u otras.

El Plan de Salud, propugna que desde la Administración autonómica, se reconozca el esfuerzo individual para mantener la competencia participando en actividades formativas, como mecanismo de incentivación ligado: al desarrollo de la carrera profesional; a la valoración en la participación en concursos de traslado y promoción profesional; al acceso a los diplomas de acreditación y de acreditación avanzada, etc.

Para que la estrategia de formación impulsada por el SSPE alcance sus objetivos, se establecerán mecanismos de participación profesional y laboral, tanto en los puestos de trabajo como a través de entidades representativas, como los Colegios Profesionales o los Sindicatos.

Junto a las actividades enunciadas, se plantea la importancia de ofertar actividades de información y formación sanitaria y en salud dirigidas a agentes de salud, a personal voluntario y a población general, encaminadas a favorecer el desarrollo de actividades relacionadas con la comunidad, relacionadas con los objetivos o líneas de actuación del Plan de Salud.

Finalmente, el Plan de Salud establece que, tanto en la formación de grado como en la de postgrado de las profesiones sanitarias, debe llevarse a cabo una evaluación de la oferta que se requiere en titulaciones sanitarias, teniendo en cuenta las necesidades del Sistema Sanitario Público de Extremadura y las detectadas para el conjunto del Sistema

Nacional de Salud. De igual manera, se precisa una revisión de los planes de estudio de las mismas, teniendo en cuenta los problemas de salud priorizados en el Plan de Salud.

INVESTIGACIÓN

La mejora de la salud de la población depende del progreso del Sistema Sanitario y éste sólo puede darse en el contexto de la producción científica y el progreso tecnológico e intelectual. El progreso intelectual, la innovación y la actualización permanentes son ventajas fundamentales de la actividad investigadora. La población necesita que se genere una gran cantidad de conocimiento científico básico y que éste se traslade a la práctica en cada uno de los centros del SSPE traducido en mejoras en la prevención de las enfermedades y en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las enfermedades.

La promoción de la investigación científica ha constituido un objetivo fundamental del conjunto del SSPE, redundando en un mejor conocimiento y abordaje de los problemas y en una mayor motivación y participación de los profesionales en la resolución de los mismos. Extremadura ha realizado un esfuerzo importante durante los últimos años, consolidándose estrategias en investigación que mejoran la aplicación y expansión del conocimiento necesario para respaldar las prestaciones del Sistema Sanitario.

Como objetivo general, el *Plan de Salud de Extremadura 2013-2020*, contempla el de promover y facilitar la investigación orientada a la fundamentación científica de la toma de decisiones en materia de salud en el seno del SSPE, lo que redundará en una mejora de la calidad y seguridad de la atención al paciente y en un uso más racional de los recursos disponibles. Apostando por el desarrollo de actuaciones en relación con la investigación en Ciencias de la Salud que permitan avanzar: en el conocimiento de su situación y de sus avances, en su efectiva coordinación y en la mejora de su financiación.

Los ámbitos de actuación abarcarán la investigación básica y aplicada desarrollada en los centros asistenciales, la investigación en ciencias de la salud pública y la investigación clínica (incluyendo la investigación en cribado, diagnóstico y tratamiento).

Desde el *Plan de Salud de Extremadura 2013-2020* se propugna el aprovechamiento y coordinación de los diferentes agentes y entidades implicados de forma que se pueda conseguir un desarrollo armónico de las diferentes líneas de investigación priorizadas de una forma eficiente. Se favorecerá la participación de entidades de apoyo a la investigación con actividad en Extremadura, como los Comités Éticos de Investigación Clínica, los Centros de Investigación Biomédica en Red (CIBER), los Centros de Apoyo a la Investigación Biomédica en Red (CAIBER) o similares y los grupos de investigación acreditados. Igualmente, se promocionarán los grupos de investigación emergentes y se facilitará la incorporación de investigadores independientes a través de convocatorias regionales y nacionales.

La investigación en salud en Extremadura tendrá presente las líneas prioritarias de la Unión Europea plasmadas en el VII Programa Marco (dando mayor relevancia a todo lo que implique incrementar y potenciar el nivel competitivo de la Región para concurrir a convocatorias de proyectos con fondos europeos), la Acción Estratégica en Salud del Plan Nacional de I+D+i, y otras líneas generales de investigación. En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura, las líneas que se priorizan en el Plan Regional de I+D+i y los problemas de salud que afectan de modo preferente a Extremadura, y el conjunto de actividades investigadoras que se encuentran en marcha en el momento actual.

OBJETIVOS Y LINEAS DE ACTUACIÓN:

Objetivo 38.- Asegurar una formación adecuada y de calidad del colectivo de profesionales sanitarios, y demás trabajadoras y trabajadores del SSPE.

Responsables:

- **Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS**
- Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- Gerencias de Área de Salud

Criterios de Evaluación:

- Resultados de la evaluación del Plan Regional de Formación Continuada.
- Resultados de la evaluación de las actividades enunciadas.
- Indicadores de coordinación, equidad, participación, actividad, cobertura y accesibilidad a la formación continuada

Líneas de Actuación:

38.1.- Análisis de las necesidades de formación continuada en el SSPE para el periodo 2014-2020 por parte de la Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social.

Responsables:

- **Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social de la CSyPS**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Evaluación:

- Existencia de estudios para la evaluación de necesidades de formación continuada en Ciencias de la Salud.

38.2.- Fomento de la formación en el SSPE hacia actividades de promoción y educación de la salud y prevención de la enfermedad.

Responsables:

- **Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social de la CSyPS**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Evaluación:

- Nº actividades de formación continuada realizadas desde el SSPE, dirigidas a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad.
- Nº de actividades formación continuada realizadas desde el SSPE, dirigidas a la educación para la salud

38.3.- Elaboración anual del "Plan Regional de Formación Continuada en Ciencias de la Salud", que aborde fundamentalmente las áreas de intervención priorizadas, y los problemas de salud contenidos en el Plan de Salud, y las necesidades de formación detectadas, integrando la actividad formativa en este campo de todos los departamentos del Gobierno de Extremadura.

Responsables:

- **Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social de la CSyPS**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- FundeSalud

Evaluación:

- Existencia del "Plan Regional de Formación Continuada en Ciencias de la Salud"
- Nº de actividades de formación continuada dentro del "Plan Regional de Formación Continuada en Ciencias de la Salud"
- Nº de profesionales beneficiados de las actividades de formación continuada dentro del "Plan Regional de Formación Continuada en Ciencias de la Salud"

38.4.- Promoción del conocimiento del Plan de Salud de Extremadura, sus herramientas y los planes estratégicos que determina.

Responsables:

- **Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social** de la CSyPS
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- FundeSalud

Evaluación:

- Nº de actividades formativas relacionadas con la planificación estratégica del SSPE; Nº de horas impartidas; Nº de trabajadores beneficiados de dichas actividades
- Nº de actividades informativas sobre el PSE
- Medios empleados para la difusión del PSE

38.5.- Formación continua a profesionales no sanitarios, en la medida en que sus actividades puedan influir en el establecimiento de las estrategias en salud o líneas de actuación del Plan de Salud.

Responsables:

- **Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social de la CSyPS**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- Gerencias de las Áreas de Salud
- Escuela de Administración Pública de Extremadura
- FundeSalud
- Consejería de Educación y Cultura

Evaluación:

- Nº de actividades formativas dirigidas a profesionales no sanitarios, relacionadas con las estrategias formuladas en el Plan de Salud
- Nº de profesionales no sanitarios beneficiados de la formación continua, relacionada con las estrategias formuladas en Plan de Salud

38.6.- Establecimiento de acuerdos o convenios de colaboración para el desarrollo y fomento de actividades coordinadas de formación continuada entre la Consejería de Salud y Política Social y otras instituciones u organismos públicos o privados vinculados a la formación.

Responsables:

- **Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS**
- Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección Gerencia del SEPAD

Evaluación:

- Nº de acuerdos o convenios de colaboración para el desarrollo y fomento de actividades coordinadas de formación continuada entre la CSyPS y otros organismos
- Nº de actividades de formación continuada organizadas/ejecutadas bajo convenio entre la CSyPS y otros organismos
- Nº de personas beneficiadas de las actividades de formación continuada organizadas/ ejecutadas bajo convenio entre la CSyPS y otros organismos

38.7.- Promoción de la acreditación de las actividades de formación continuada para profesionales sanitarios, realizadas en Extremadura, que reúnan los requisitos exigidos en el Sistema Nacional de Salud.

Responsables:

- **Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS**
- Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social de la CSyPS
- Secretaría Técnica de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Extremadura

Evaluación:

- Nº de actividades de formación continuada para profesionales sanitarios acreditadas en la CAE anualmente
- Nº de solicitudes de acreditación de formación continuada para profesionales sanitarios recibidas anualmente

38.8.- Potenciación de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Extremadura, como órgano colegiado de carácter consultivo en formación continuada, que acredita y coordina el ejercicio de las administraciones sanitarias y demás instituciones y organismos que ostentan competencias en materia de formación continuada en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Responsables:

- **Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS**
- Consejería de Salud y Política Social
- Secretaría Técnica de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias

Evaluación:

- Disponibilidad de nueva regulación normativa que actualice el sistema de acreditación de la formación continuada y la Comisión de Formación Continuada a los cambios habidos en ámbitos como: el organizativo, el de homogeneización de criterios y procedimientos en el ámbito del SNS o el de atender a las necesidades detectadas
- Nº de actuaciones y acuerdos llevados a cabo por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Extremadura, sobre coordinación de actividades de formación continuada
- Nº de reuniones de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Extremadura con los principales proveedores de formación continuada (sindicatos, colegios profesionales, y otros)

38.9.- Reconocimiento del esfuerzo individual para mantener la competencia participando en actividades formativas, en los procesos administrativos ligados a la promoción profesional.

Responsables:

- **Secretaría General de la CSyPS**
- **Secretaría General del SES**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección General de Función Pública, Recursos Humanos e Inspección

Evaluación:

- Porcentaje de convocatorias públicas relacionadas con el SSPE, con el reconocimiento de la Formación Continuada acreditada
- Peso de la formación continuada (en %) con respecto al cómputo total de méritos

38.10.- Adaptación de los sistemas docentes (de grado, postgrado, especializado y de formación profesional) a la legislación vigente y a la evaluación de la oferta que se requiere, en titulaciones sanitarias en el SSPE y en el conjunto del SNS.

Responsables:

- **Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS**
- Universidad de Extremadura
- Ministerios con competencias en Sanidad y en Educación

Evaluación:

- Nº de procesos de adaptación de los sistemas docentes, de las titulaciones académicas sanitarias
- Elaboración y ejecución de un plan de reestructuración del sistema de formación especializado en Ciencias de la Salud

38.11.- Establecimiento de acuerdos o convenios del SES con centros universitarios para la mejor utilización de los recursos respectivos necesarios en la formación de grado y postgrado.

Responsables:
- **Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS**
- Dirección Gerencia SES
- Universidad de Extremadura

Evaluación:
- Nº de acuerdos o convenios con centros universitarios para la formación en grado y postgrado
- Nº de personas beneficiarias de los acuerdos o convenios con centros universitarios para la formación en grado y postgrado (a través de becas, de acuerdos de colaboración, de convenios, de otros)

38.12.- Implantación del Programa Común Complementario para todos los residentes de todas las especialidades.

Responsables:
- **Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS**
- Dirección Gerencia del SES

Evaluación:
- Presencia o no del Programa Común Complementario
- Nº de Unidades Docentes que llevan a cabo el Programa Común Complementario
- Nº de actividades realizadas al año

38.13.- Información y formación sanitaria a agentes de salud, personas voluntarias y a la población general, encaminadas a favorecer el desarrollo de actividades comunitarias relacionadas con las áreas de intervención, los objetivos y líneas de actuación del Plan de Salud.

Responsables:
- **Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS**
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección Gerencia del SES
- Consejería de Educación y Cultura
- FundeSalud

Evaluación:
- Nº de actividades formativas
- Nº de profesionales beneficiarios

38.14.- Promover Convenios con los Servicios de Salud de otras Comunidades Autónomas, así como con otras Administraciones, para el intercambio de profesionales, fijos o en formación, con objeto de mejorar sus competencias profesionales.

Responsables:
- **Secretaría General de la CSyPS**
- **Secretaria General del SES**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección de Asistencia Sanitaria del SES

Evaluación:

- Nº de Convenios con los servicios de salud de otras CCAA, y con otras Administraciones, para el intercambio de profesionales fijos y en formación

Objetivo 39.- Promover y facilitar la investigación en materia de salud, con especial atención a su relevancia, calidad, diseminación y aplicación de sus resultados.

Responsables:

- **FundeSalud**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES

Criterios de Evaluación:

- Resultados de la evaluación de las actividades enunciadas en materia de investigación
- Indicadores de coordinación, actividad y accesibilidad a la investigación en materia de salud.

Líneas de Actuación:

39.1.- Análisis de la situación de la investigación en Extremadura, incluyendo el establecimiento de un catálogo de recursos humanos, materiales y grupos de investigación (emergentes y consolidados).

Responsables:

- **FundeSalud**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Consejería Educación y Cultura
- Universidad de Extremadura
- Dirección Gerencia del SES

Evaluación:

- Estudios realizados sobre la situación de la I+D+i en Ciencias de la Salud en Extremadura
- Nº de: grupos de investigación; becarios; técnicos de apoyo a la investigación; y otros

39.2.- Definición de un órgano rector de investigación en Ciencias de la Salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Responsables:

- **Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS**
- FundeSalud

Evaluación:

- Existencia de un órgano rector de investigación en Ciencias de la Salud
- Nº de acciones de coordinación en relación con diferentes líneas de investigación en Ciencias de la Salud
- Nº de acciones realizadas dirigidas a la mejora de la eficiencia del sistema de I+D+i en Ciencias de la Salud

39.3.- Actuaciones dirigidas a profundizar en la investigación de las área de intervención y problemas de salud priorizados en el Plan de Salud de Extremadura, así como del funcionamiento de los recursos del SSPE, incluidas las convocatorias públicas de ayudas para la investigación en Ciencias de la Salud donde se contemplen éstas áreas de interés.

Responsables:

- **FundeSalud**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección General de Modernización e Innovación Tecnológica, de la Consejería de Empleo, Empresas e Innovación

Evaluación:

- Nº de actuaciones realizadas dirigidas a profundizar en la investigación, y relacionadas con los problemas de salud priorizados en el Plan de Salud
- Nº de actuaciones de investigación realizadas, relacionadas con el funcionamiento de los recursos del SSPE
- Nº de convocatorias anuales de ayudas a la investigación, relacionadas con: problemas de salud priorizados en el Plan de Salud; y el funcionamiento de los recursos del SSPE

39.4.- Consolidación del presupuesto de gasto para la sostenibilidad de la Investigación en Ciencias de la Salud.

Responsables:

- Consejo de Gobierno de Extremadura
- **Consejería de Salud y Política Social**
- Consejería de Empleo, Empresa e Innovación
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS

Evaluación:

- Porcentaje del Presupuesto General de Gastos de la Comunidad Autónoma de Extremadura destinado a la I+D+i en Ciencias de la Salud

39.5.- Mantenimiento de las estructuras de apoyo existente a la investigación en Ciencias de la Salud y creación de nuevas estructuras en áreas deficitarias.

Responsables:

- **FundeSalud**
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Gerencias de las Área de Salud
- Universidad de Extremadura

Evaluación:

- Nº de estructuras de apoyo a la investigación en Ciencias de la Salud creadas/ consolidadas anualmente
- Nº de becas de investigación en Ciencias de la Salud convocadas en las áreas de interés sanitario
- Nº de programas creados/elaborados de fomento de la investigación en Ciencias de la Salud en el SSPE
- Nº Programas/proyectos de investigación en Ciencias de la Salud, en desarrollo con fondos europeos concedidos

39.6.- Colaboración entre instituciones públicas (SES, Universidad, FundeSalud, etc.) y privadas, para el desarrollo de proyectos mixtos de investigación y difusión científica y técnica en materias relacionadas con la salud.

Responsables:

- **FundeSalud**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección General de Modernización e Innovación Tecnológica, de la Consejería de Empleo, Empresa e Innovación
- Universidad de Extremadura

Evaluación:

- Nº de proyectos mixtos de investigación: elaborados, en desarrollo y ejecutados anualmente.

39.7.- Promoción de centros específicos de investigación en biomedicina en los que se integre la investigación básica y aplicada, y desarrollo de estrategias de colaboración de otros ya existentes (públicos o privados).

Responsables:

- **FundeSalud**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección General de Modernización e Innovación Tecnológica, de la Consejería de Empleo, Empresa e Innovación

Evaluación:

- Nº de centros de investigación en biomedicina integrales en funcionamiento

39.8.- Promoción de grupos de investigación emergentes y de la incorporación de profesionales investigadores independientes, a través de convocatorias regionales y nacionales, en el área de la Ciencias de la Salud.

Responsables:

- **FundeSalud**
- Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS
- Dirección Gerencia del SES
- Dirección General de Modernización e Innovación Tecnológica, de la Consejería de Empleo, Empresa e Innovación

Evaluación:

- Nº de actividades de formación en investigación en Ciencias de la Salud realizadas anualmente, para personal del SSPE, y relacionadas con la promoción de grupos de investigación emergentes y con la incorporación de profesionales investigadores independientes.
- Nº de actividades de formación en investigación en Ciencias de la Salud acreditadas, relacionadas con la promoción de grupos de investigación emergentes y con la incorporación de profesionales investigadores independientes.

39.9.- Formación en investigación del personal del SSPE, contemplando programas integrales de formación con acceso tutorizado a grupos de investigación.

Responsables:

- **Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social de la CSyPS**
- Unidades Docentes
- FundeSalud

Evaluación:

- Nº de actividades de formación en investigación en Ciencias de la Salud realizadas anualmente para personal del SSPE, que contemplen programas integrales de formación con acceso tutorizado a grupos de investigación
- Nº de actividades de formación en investigación en Ciencias de la Salud acreditadas, que contemplen programas integrales de formación con acceso tutorizado a grupos de investigación

39.10.- Difusión de la actividad investigadora en Ciencias de la Salud realizada en Extremadura, incluyendo la implantación de un sistema/ herramienta único y accesible a todo profesional de la salud, que permita cargar y consultar toda la producción científica de la Comunidad Autónoma.

Responsables:

- **FundeSalud**
- Consejería de Salud y Política Social
- Dirección Gerencia del SES

Evaluación:

- Identificación de los medios por los que se difunde la actividad investigadora en Ciencias de la Salud realizada en Extremadura
- Nº de actividades realizadas para la difusión de la actividad investigadora en Ciencias de la Salud realizada en Extremadura

CAPÍTULO VI.
FINANCIACIÓN

Plan de Salud de Extremadura
2013-2020

FINANCIACIÓN

El ***Plan de Salud de Extremadura 2013-2020***, tras considerar detenidamente el análisis de la situación de salud en la CAE, prioriza un total de 39 objetivos, estableciendo para cada uno de ellos varias líneas de actuación, con las cuales hacer frente a los problemas o necesidades de salud detectados, durante el periodo de tiempo de vigencia del mismo.

La mayoría de estos objetivos y líneas de actuación establecidos, afectan exclusivamente al SSPE. Sin embargo otros, por su carácter integral e intersectorial, conllevan la implicación de diferentes organismos e instituciones, tanto del sector salud como de otros sectores ajenos a éste (educación, igualdad, economía, agricultura, medio ambiente etc.), pero cuya intervención incide sobre la salud de la población, tanto individual como colectiva.

Sobrepasa el objetivo de este capítulo reseñar de forma pormenorizada las fuentes de financiación por anualidades, la distribución del gasto de cada una de las actividades planteadas, o el coste estimado para conseguir cada uno de los objetivos. Sin embargo, ello no ha sido óbice para que en todas las actuaciones propuestas, haya sido considerada su viabilidad económica, dentro de la previsión de evolución económica estimada para la CAE, hasta el año 2020.

Además de tener en cuenta el desarrollo del Plan de Salud, en la partida correspondiente a la CSyPS, de los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma, y durante los correspondientes ejercicios presupuestarios de vigencia del mismo, también será necesaria la implicación de otros organismos necesarios para la consecución de los objetivos del Plan de Salud. Esto conllevará que los departamentos correspondientes, contemplen las partidas presupuestarias con las que llevar a cabo las acciones previstas, sobre todo aquellas que puedan generar gasto.

En el propio modelo de nuestro Sistema Sanitario Público, son factores decisivos a tener en cuenta, y que suponen en sí mismo un aumento de gasto sanitario en la CAE:

- el creciente envejecimiento poblacional, junto con la dispersión geográfica y densidad poblacional de nuestro entorno
- el aumento de una demanda asistencial, eficiente y de calidad
- el continuo avance y la incorporación de nuevas tecnologías
- el desarrollo de un plan de salud como hoja de ruta de nuestras actuaciones
- y la consecución de una mayor accesibilidad y equidad del sistema.

1. - FINANCIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO Y PLAN DE SALUD

Todos los Planes de Salud de Extremadura propugnan, en el marco de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, un SNS de cobertura universal y con prestaciones debidamente definidas, que contemple el diseño de un modelo de financiación pública que garantice la estabilidad financiera para prestar la asistencia establecida, la compatibilidad con la capacidad económica del país, la corresponsabilidad en su control de los diferentes agentes de gasto, y la corrección de las disfunciones detectadas en el modelo de financiación actual.

El modelo de financiación del SNS deberá garantizar una capacidad territorial homogénea del gasto sanitario, al objeto de alcanzar el nivel más elevado posible de eficacia y equidad. Asimismo, la introducción de nuevas prestaciones en el SNS deberá condicionarse a la correspondiente dotación financiera específica de las mismas.

De acuerdo con la Ley General de Sanidad y la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, la Administración sanitaria es competente para formular las políticas y estrategias más apropiadas para garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos.

Tomando como referencia ambas normas, se constituyó el Sistema Sanitario Público de Extremadura, que ha asumido las transferencias de aquellos servicios sanitarios que, con anterioridad a la Constitución de 1978, eran prestados por la Seguridad Social.

Actualmente la CAE dispone de un sistema sanitario de financiación pública y cobertura prácticamente universal, en el que se priorizan la equidad y la eficiencia, sobre la base de los resultados alcanzados en términos de salud individual y colectiva, mediante la aplicación de la mejor evidencia disponible según el conocimiento científico, y no sólo a través de la producción de servicios.

El quinto Plan de Salud de Extremadura, se formula con el horizonte temporal del año 2020, orientado a la consecución de una asistencia de calidad a los ciudadanos y a la mejora de la respuesta del sistema a las necesidades demandadas por ellos, tanto desde el punto de vista de la calidad técnica de las prestaciones sanitarias, como de la relación del sistema con el ciudadano. Para ello, el Plan lleva a cabo un abordaje multidisciplinar e intersectorial de los problemas y necesidades detectados. Y esta intersectorialidad del Plan, hace necesario que la financiación de las actuaciones priorizadas en él, deba provenir de aquellas entidades u organismos de la Administración Pública implicados en el diseño, ejecución o seguimiento de las mismas.

En definitiva, durante la elaboración, negociación y debate presupuestario de las normas que sancionen los Presupuestos Generales de la CAE y de las Administraciones Públicas afectadas, en años sucesivos, se deberá contemplar la financiación de las actuaciones vinculadas a los objetivos y líneas de actuación establecidos en el presente Plan de Salud. Para ello, las respectivas unidades de gasto deberán incluir en su propuesta presupuestaria, las correspondientes partidas dirigidas a las actuaciones enunciadas en él.

2. GASTO EN SALUD

El gasto sanitario público corresponde a las diferentes Administraciones públicas (central, autonómica y local), si bien, desde la asunción de las transferencias sanitarias en el año 2002, el mayor porcentaje corresponde a la Administración autonómica, sobre todo en el ámbito asistencial.

Los Presupuestos de Gastos de la Comunidad Autónoma para el año 2013, aprobados el día 28 de diciembre de 2012 (DOE 251, de 31 de diciembre de 2012), ascienden a un total de 4.790.886.828 euros, de los que 1.638.072.283 corresponden a la CSyPS (34,19%), detallándose a continuación el presupuesto de esta Consejería, desglosado por Programas y Capítulos en la Tabla siguiente:

**Presupuesto de gasto de la Consejería de Salud y Política Social.
Programas y Capítulos presupuestarios. Año 2013**

PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS CSyPS	CAPÍTULO	PRESUPUESTO
Programa 211 A.- DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE SANIDAD	CAP. I	6.007.923
	CAP. II	1.890.003
	CAP. VI	681.949
	TOTAL	**8.579.875**
Programa 252 A.- ATENCIÓN A LA INFANCIA Y A LAS FAMILIAS	CAP. I	18.504.652
	CAP. II	8.969.994
	CAP. IV	9.600.861
	CAP. VI	1.608.688
	CAP. VI	202.492
	TOTAL	**38.886.687**
Programa 252 B.- INCLUSIÓN SOCIAL	CAP. I	1.793.442
	CAP. II	32.397
	CAP. IV	23.831.714
	CAP. VI	75.000
	TOTAL	**25.732.553**
Programa 253 C.- ACCIONES EN MATERIA DE EMIGRACIÓN	CAP. I	323.937
	CAP. II	28.020
	CAP. IV	321.364
	CAP. VI	35.750
	CAP. VII	
	TOTAL	**709.071**
Programa 211 B.- FORMACIÓN, INSPECCIÓN Y CALIDAD SANITARIAS	CAP. I	3.964.974
	CAP. II	891.656
	CAP. IV	170.000
	CAP. VI	2.222.238
	TOTAL	**7.248.868**
Programa 212 A.- PLANIFICACIÓN Y ORDENACIÓN SANITARIAS	CAP. I	819.599
	CAP. II	45.141
	CAP. IV	171.387
	CAP. VI	37.242
	CAP. VII	1.578.708
	TOTAL	**2.652.077**
Programa 231 A.- DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE DEPENDENCIA	CAP. II	611.607
	CAP. VI	45.367
	TOTAL	**656.974**
Programa 232 A.- ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA	CAP. I	106.245.543
	CAP. II	35.436.915
	CAP. IV	129.829.188
	CAP. VI	4.367.690
	CAP. VII	250.000
	TOTAL	**276.129.336**
Programa 324 A.- CONSUMO	CAP. I	1.653.486
	CAP. II	263.993
	CAP. IV	1.420.193
	CAP. VI	42.941
	TOTAL	**3.380.613**
Transferencias entre subsectores (Organismos Autónomos)	CAP. IV	1.258.101.506
	CAP. VII	15.994.723
	TOTAL	**1.274.096.229**
TOTAL PRESUPUESTO CSyPS		**1.638.072.283**

Fuente: Diario Oficial de Extremadura. Presupuestos Generales de la CAE. Año 2013.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

El Presupuesto del SES correspondiente a 2013 es de 1.268.906.640 euros, procedentes de transferencias de la Consejería de Salud y Política Social, siendo su financiación vía presupuestos.

En la siguiente tabla se detalla el Presupuesto del SES correspondiente a 2013, desglosado por Programas y Capítulos presupuestarios.

**Presupuesto de gasto del Servicio Extremeño de Salud.
Programas y Capítulos presupuestarios. Año 2013**

PROGRAMAS PRESUPUESTARIOS SES	CAPÍTULO	PRESUPUESTO
Programa 211 A.- DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE SANIDAD	CAP. I	10.398.849
	CAP. II	24.318.737
	CAP. III	1.072.472
	CAP. VI	1.443.633
	TOTAL	**37.233.691**
Programa 211 B.- FORMACIÓN, INSPECCIÓN Y CALIDAD SANITARIAS	CAP. I	23.332.199
	TOTAL	**23.332.199**
Programa 212 B.- ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	CAP. I	217.239.257
	CAP. II	26.761.136
	CAP. IV	239.917.595
	CAP. VI	2.556.950
	TOTAL	**486.474.938**
Programa 212 C.- ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE SALUD	CAP. I	438.716.768
	CAP. II	253.087.474
	CAP. IV	5.182.985
	CAP. VI	11.154.718
	TOTAL	**708.141.945**
Programa 212 D.- SALUD PÚBLICA	CAP. II	6.168.653
	CAP. IV	4.939.706
	TOTAL	**11.108.359**
Programa 231 A.- DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE DEPENDENCIA	CAP. I	2.592.218
	CAP. II	14.000
	TOTAL	**2.606.218**
Transferencias entre subsectores	CAP. IV	9.290
	TOTAL	**9.290**
TOTAL PRESUPUESTO SES		**1.268.906.640**

Fuente: Diario Oficial de Extremadura. Presupuestos Generales de la CAE. Año 2013.
Elaboración: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la CSyPS.

3. MEMORIA ECONÓMICA DEL PLAN DE SALUD

La elaboración del presente Plan de Salud, ha conllevado un ejercicio de estimación económica de las líneas de actuación propuestas para la consecución de los objetivos del Plan, ya desde sus fases iniciales de elaboración.

Las fuentes de información consultadas han sido, principalmente, la CSyPS y el SES, así como los diferentes Departamentos de la Administración autonómica que desarrollan acciones que repercuten en la salud individual o colectiva de los ciudadanos extremeños.

Tras la realización de un estudio detallado de los objetivos y líneas de actuación incluidos en el Plan, se han establecido tres tipos de objetivos, según la generación de gasto que conllevan:

- Un primer grupo, que es el principal y mayoritario, se considera como no generador de gasto adicional y, por tanto, se pueden llevar a cabo con la financiación anual prevista para el SSPE, así como con las partidas presupuestarias de los departamentos implicados en algunos de los objetivos o líneas de actuación, tales como Educación, Igualdad y Empleo, Deporte, Agricultura, Medio ambiente, etc., ya sea con una redistribución de los recursos empleados actualmente, o bien mediante la optimización de los mismos, como ocurre por ejemplo en zonas con una elevada dispersión (ejemplos de este tipo, pueden ser la elaboración de planes, programas, protocolos, guías de actuación, mecanismos de control y/o coordinación, mejora de procesos, y un largo etc).

- Un segundo grupo, formado por aquellos objetivos y/o líneas de actuación que es intención desarrollar a lo largo de la vigencia del Plan, y cuya valoración económica estará en función de las actuaciones concretas, que por las respectivas Administraciones se definan y aprueben.

- Y un tercer grupo, constituido por aquellos objetivos y/o líneas de actuación que pueden generar gastos adicionales y, por tanto, conllevar un aumento de las partidas presupuestarias, o bien nuevas partidas en años sucesivos.

Sin contar en estos momentos con el conocimiento de los futuros presupuestos generales de la CAE para los próximos 7 años, resulta muy complicado efectuar una memoria económica detallada del Plan de Salud, si bien, en la elaboración del mismo, se han procurado establecer, mayoritariamente, objetivos y líneas de actuación, cuyos costes sean razonables, factibles y puedan se asumidos por parte del SSPE. En el mismo sentido, también supone una ventaja para la consecución del Plan, la ampliación de su periodo de vigencia de cuatro a ocho años, y poder contar así, con un número mayor de ejercicios presupuestarios para la consecución de sus objetivos y líneas de actuación en él recogidos.

Para tal fin, los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Extremadura, correspondientes al año 2013, tienen una cuantía de 4.790.886.828 euros, de los que 1.638.072.283, un 34,19%, corresponden a la Consejería de Salud y Política Social, y de éstos, 1.268.906.640 euros son destinados a la financiación del SES, como organismo proveedor de servicios. Estas cantidades se irán actualizando anualmente para poder llevar a cabo los objetivos contemplados en el Plan de Salud de Extremadura.

ANEXOS

Plan de Salud de Extremadura
2013-2020

ANEXOS

1. Convergencia del Plan de Salud de Extremadura con otros planes y programas del Gobierno de Extremadura

2. Decreto 210/2012, de 15 de octubre, por el que se establecen las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020

3. Referencias bibliográficas

4. Abreviaturas utilizadas

5. Colaboradores:
   - 5.1 Comité Técnico del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020
   - 5.2 Consejo Extremeño de Salud
   - 5.3 Grupos de Trabajo de Expertos
   - 5.4 Sección del Plan de Salud

6. Otros Participantes

1.CONVERGENCIA DEL PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA CON OTROS PLANES Y PROGRAMAS DEL GOBIERNO EXTREMEÑO

PRESIDENCIA

- V Plan de Juventud 2013-2016
- V Programa de Dinamización Deportiva Municipal (2010-2013)
- Programa Extremadura en Forma (Anual)
- Olimpiada Escolar (Anual)
- Olimpiada de Mayores (Anual en Colaboración con Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia)
- JUDEX-JEDES. Juegos Deportivos Extremeños y Juegos Extremeños del Deporte Especial (Anual)
- Red de Gimnasios Municipales. Línea de Calidad en Equipamientos Deportivos para Gimnasios Municipales (2009-2012)
- Temporada Deporte y Mujer (anual)
- Convivencia Deportiva para Mayores (Anual en Colaboración con SEPAD)
- Área de Salud del CEXFOD (Centro Extremeño de Formación Deportiva-Programación Anual de Cursos Formativos Orientados a esta Temática)
- Programa Spas Rurales (2009-2012)
- Red de Centros Educativos Promotores de Actividad Física y Deporte
- Circuito Alimentos de Extremadura (Anual)

CONSEJERÍA DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

- Plan de Emergencia Nuclear Exterior a la Central Nuclear de Almaraz. (PENCA). Titularidad Estatal.
- Plan Territorial de Protección Civil de la CAE. (PLATERCAEX)
- Plan Especial de Protección Civil de la CAE sobre transportes de mercancías peligrosas por carretera y Ferrocarril. (TRANSCAEX)
- Plan Especial de Protección Civil de Incendios Forestales de la CAE. (INFOCAEX). Plan en Elaboración.
- Plan Especial de Protección Civil ante el Riesgo Radiológico de la CAE. (RADIOCAEX). Plan en Elaboración.
- Plan Especial de Protección Civil de Riesgos de Inundaciones para la CAE. (INUNCAEX)
- Plan Especial de Protección Civil ante el Riesgo Sísmico de la CAE. (PLASIMEX)
- 172 Planes de emergencia municipales. (PEMU)
- 312 Planes de Autoprotección de establecimientos de la provincia de Badajoz. (PA)
- 313 Planes de Autoprotección de establecimientos de la provincia de Cáceres. (PA)
- 9 Planes de Emergencias Exterior. (PEE)
- 9 Planes de Emergencias Exterior en Proceso de elaboración.
- Planes de Emergencia de Presas y Balsas.

CONSEJERÍA DE AGRICULTURA, DESARROLLO RURAL, MEDIO AMBIENTE Y ENERGÍA

- Prevención de Drogodependencias en los Centros de Formación del Medio Rural
- Programa Nacional de Control Oficial de las Condiciones Higiénico-Sanitarias de la Producción y de la Trazabilidad de la Leche Cruda de Vaca, Oveja y Cabra.
- Programa de Control de Identificación Animal y Registro
- Programa de Control de Subproductos en Explotaciones
- Programa de Control de Subproductos en Establecimientos SANDACH
- Programa de Control de Importaciones de Animales
- Programa de Control de Importaciones de Material Genético
- Programa de Control de Importaciones de Piensos, Productos y Materias de Origen Vegetal para la Alimentación Animal
- Programa de Control de Residuos en la Producción Primaria (medicamentos veterinarios y plaguicidas en las cosechas)
- Sistema de Control de la Calidad Comercial Alimentaria
- Sistema de Control Oficial de la Calidad diferenciada de Productos Agroalimentarios no Vínicos vinculada a un Origen Geográfico y Especialidades Tradicionales Garantizadas
- Sistema de Control Oficial de la Producción Agrícola Ecológica
- Programa de Control de Bienestar Animal
- Programa de Control de Alimentación Animal
- Sistema de Control de Intercambios Intracomunitarios de Animales y Material Genético y de Subproductos Animales no Destinados al Consumo Humano
- Programas de Control, Vigilancia y Erradicación de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles
- Programas de Erradicación de la Tuberculosis Bovina, Brucelosis Bovina y Brucelosis Ovina y Caprina
- Programa de Vigilancia, Control y Erradicación de Salmonelas Zoonóticas en Avicultura
- Programa de Control Oficial de la Fabricación, Importación y Comercialización de Productos Fitosanitarios
- Programa de Control de la Utilización de Productos Fitosanitarios
- Programa de Control de Sanidad Vegetal
- Plan Forestal de Extremadura
- Plan Infoex
- Estrategia de Cambio Climático para Extremadura (quedan incluidos dentro de esta estrategia los distintos Planes de Adaptación al Cambio Climático de los diferentes sectores)
- Plan de Integral de Residuos de Extremadura (PIREX)
- Plan de Vigilancia Radiológica.
- Programa de Control Oficial de Higiene de la Producción Primaria.
- Plan de Calidad de Aire para Extremadura (en previsión)

CONSEJERÍA DE EMPLEO, EMPRESA E INNOVACIÓN

- Plan Especial Estratégico de Servicios Sociales de Base de Extremadura 2006-2009
- Plan Extremeño para la Promoción y Participación Social del Pueblo Gitano 2007-2012
- V Plan de Actuación de la CAE para la Prevención de Riesgos Laborales (2008-2011)
- VI Plan de Actuación de la CAE para la Prevención de Riesgos Laborales (2012-2015)
- Programa para la Educación Familiar
- Programa para la Atención de Familias Desfavorecidas y en Situación de Riesgo
- Programa de Familias Monoparentales
- IV Plan Regional de I+DT+i de Extremadura
- Plan Estratégico del Centro de Cirugía de Mínima Invasión
- I Plan Estratégico del Instituto del Corcho, la Madera y el Carbón Vegetal
- I Plan Estratégico del Instituto Tecnológico y Agroalimentario de Extremadura
- I Plan Estratégico de la Finca la Orden-Valdesequera
  - Plan Estratégico para el Apoyo y Fomento de los Productos Alimentarios Ecológicos en Extremadura
  - Plan de Innovación y Mejora Competitiva para la PYME.
- Estrategia de Investigación e Innovación para la Especialización Inteligente de Extremadura.
- Programa Profundiza de la Red Extremeña de Escuelas de I+D+i.

CONSEJERÍA DE FOMENTO, VIVIENDA, ORDENACIÓN DEL TERRITORIO Y TURISMO

- Guía de Balnearios
- Plan de Infraestructuras Viarias (2008-2015)
- Plan Integral de Transportes de Extremadura
  - Plan de Infraestructuras de Abastecimiento Urbano (2008-2015)
  - Plan de Depuración de Aguas Residuales (2008 -2015)
  - Plan de Encauzamientos Urbanos (2008-2015)
  - Plan de Rehabilitación y Vivienda (2013-2016)
  - Plan Territorial de Campo Arañuelo, con aprobación definitiva (Decreto 242/2008, de 21 de noviembre, - DOE nº 230 de 27 de noviembre de 2008 -)
- Plan Territorial del Área de Influencia de Alqueva (PTAIA), con aprobación definitiva (Decreto 211/2009, de 11 de septiembre, - DOE nº 101 de 18 de septiembre de 2009 -)
- Plan Territorial de La Vera, con aprobación definitiva (Decreto 243/2008, de 21 de noviembre, - DOE nº 230 de 27 de noviembre de 2008 -)

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA

- Campaña de Prevención de Tabaquismo en la Escuela (en colaboración con la Consejería de Salud y Política Social)
- Actividad de Educación para la Salud frente a la Obesidad Infantil y Juvenil (en colaboración con la Consejería de Salud y Política Social)
- Programa “5 al Día” (en colaboración con la Consejería de Salud y Política Social)
- Programa de Integración “Aulas de la Naturaleza”
- Programa ASE: Aprendizaje Social y Emocional. Inteligencia Emocional
- Concurso Escolar de Donación de Órganos y Tejidos

- Formación del Profesorado en Educación para la Salud en los Centros de Profesores y Recursos
- Programa PERSEO (Programa Piloto Escolar de Referencia para la Salud y el Ejercicio contra la Obesidad)
- RExEpS: Red Extremeña de Escuelas Promotoras de Educación para la Salud
- Rutas por espacios naturales
- Red Extremeña de Eco centros
- Red Extremeña de Escuelas por una Cultura de Paz, Igualdad y No violencia
- Red Extremeña de Escuelas de Inteligencia Emocional
- Red Extremeña de Centros Promotores de la Actividad Físico-Deportiva
- Protocolo de Atención al Niño/a y al Adolescente con Diabetes en la Escuela (en colaboración con la Consejería de Salud y Política Social)
- Proyecto Operación Salud (Proyecto de Participación Comunitaria de Formador de Formadores y entre iguales de jóvenes de 14 – 16 años, (en colaboración con la Consejería de Salud y Política Social)
- Programa Frutas y Verduras
- Convivencia y ocio en entornos medioambientales
- Ayudas a proyectos de Asociaciones de Madres y Padres de Extremadura (algunos proyectos abarcan aspectos de Educación para la Salud)

CONSEJERÍA DE SALUD Y POLÍTICA SOCIAL

- Plan Integral de Drogodependencias y otras Conductas Adictivas de Extremadura 2008-2012
- Campaña de Prevención de Tabaquismo en la Escuela
- Actividad de Educación para la Salud frente a la Obesidad Infantil y Juvenil
- Programa “5 al Día”
- Protocolo de Atención al Niño/a y al Adolescente con Diabetes en la Escuela
- Proyecto Operación Salud (Proyecto de Participación Comunitaria de Formador de Formadores y entre iguales de jóvenes de 14 – 16 años)
- Proyecto Piloto “Mujer, Salud y Trabajo”
- Red Extremeña de Ciudades Saludables y Sostenibles
- Plan Integral de Enfermedades Raras en Extremadura 2010 – 2014
- Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura 2007-2012
- Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares 2013-2016
- Plan Integral contra el Cáncer en Extremadura 2013-2016
- Plan Integral de Diabetes 2007-2012
- Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012
- I Plan Marco de Calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura
- Programa de Atención Dental al Discapacitado Intelectual
- Programa de Atención Dental Infantil Extremeño
- Plan de Atención Dental a Embarazadas
- Programa de Prevención de la Osteoradionecrosis.
- Programa de atención dental a Menores Tutelados por la Consejería.
- Programa de atención dental a Pacientes médicamente comprometidos.
- Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama
- Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura

- Plan de Acción para la Eliminación del Sarampión y la Rubéola en Extremadura 2008-2010
- Proyecto de ley de servicios sociales de Extremadura (en elaboración)
- Programas de Atención a las Familias
- Programa de Intervención Especializada en Violencia Intrafamiliar (PIEVI)
- Observatorio Permanente de la Familia y de la Infancia de Extremadura (próxima creación)
- Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes del Servicio Extremeño de Salud.
- Plan para la Igualdad de la Mujer de Extremadura (2013-2016)
- Decreto 34/2013 de 12 de Marzo, por el que se regula la Comisión Permanente para la Prevención y la Erradicación de la Violencia de Género en Extremadura
- Protocolo Interdepartamental para la Prevención y Erradicación de la Violencia de Género. En proceso de actualización/revisión
  - Red Extremeña de Atención a Victimas de la Violencia de Género
  - Programa de Atención Psicológica de Emergencia para víctimas de la Violencia de Género.
  - Programa de Atención Integral de Recuperación.
  - Programa de Atención a menores victimas de la violencia de género.
  - Programa Atención Terapéutica especializada: Red de Puntos de Atención Psicológica a Víctimas de Violencia de Género
  - Programa de Asesoramiento, Orientación y Atención Jurídica y Social de Urgencia
  - Programa de Acogimiento de Urgencia y de Larga Estancia
  - Programa de coordinación de las Ordenes de Protección
- Decreto 16/2013, de 26 de febrero, por el que se autorizan los Reglamentos de Régimen Interno de los dispositivos de la Red Extremeña de Atención a las Víctimas de Violencia de Género.
- Programa “Mujer y deporte”. Dirección General de Deportes-IMEX.
- Programa: Centro de Estudios de Género del IMEX .
- Acuerdo para el establecimiento de una Red Nacional de Centros de Acogida. Elaborado por las Comunidades Autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (actualmente en borrador).
- Protocolo Extremeño de Trata de Seres Humanos con fines de Explotación Sexual.(actualmente por finalizar elaboración)
- Red de Oficinas de Igualdad y Violencia de Género.
- Programa en el que se regula las actividades en materia de igualdad de oportunidades a través de las Unidades para la Igualdad de mujeres y hombres, en las distintas Consejerías.
- Programa Mesas de Coordinación contra la Violencia de Género. Instituto de la Mujer de Extremadura, la Delegación del Gobierno del Ministerio de Hacienda y Administración Pública, y las Unidades de Violencia sobre la Mujer de Badajoz y Cáceres
  - Consejo Extremeño de Participación de las Mujeres. Imex-2013.
- Creación Comisión Interdepartamental para la Igualdad
- Proyecto Piloto de Participación Comunitaria en Salud “Operación Salud”. IMEX colabora con Dirección General de Salud Pública. Servicio de Participación Comunitaria en Salud.

- Programa formativo destinado a profesionales de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, salud y educación, en materia de atención a víctimas de violencia de género.
- Colaboración con Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el Marco de la Asistencia Social Integral a Mujeres Victimas de la Violencia de Género.
- "Proyecto Relaciona". En colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

SERVICIO EXTREMEÑO DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

- Programa Intergeneracionate incluye talleres con tres modalidades: Experiencia y Vida (literaria), Pasión por los años (fotográfica) y Seniarte (artística)
- Programa Extremadura en Forma, (en coordinación con la Dirección General de Deportes)
- Programa Entrenamiento de la Memoria
- Programa Ajedrez Saludable
- Programa Voluntariado Social y Cultural
- Programa de Voluntariado Informático
- Programa Gente 3.0
- Programa Saber envejecer, prevenir la dependencia
- Consejo Regional de Personas Mayores en Extremadura
- Programa MAS (Mediadores en Alimentación Saludable)
- Programas de Inserción Social
- Servicios de Atención Temprana
- Servicios de Habilitación Funcional
- Servicios de Centro Ocupacional
- Servicios de Centro de Día
- Servicios de Residencia de Apoyo Extenso
- Servicios de Residencia de Apoyo Limitado
- Servicios de Vivienda Tutelada

2. DECRETO 210/2012, DE 15 DE OCTUBRE, POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS NORMAS PARA LA ELABORACIÓN, EL SEGUIMIENTO Y LA EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA 2013-2020. (DOE NÚM. 203, DE 19-10-2012)

El Estatuto de Autonomía de Extremadura, en su artículo 10.9, atribuye a la Comunidad Autónoma las competencias de desarrollo legislativo y ejecución en materia de sanidad y salud pública.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, prevé, en su artículo 70 y siguientes, la aprobación de planes de salud por parte del Estado y las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus respectivas competencias y, en su artículo 74, del Plan Integrado de Salud, que recogerá en un único documento los Planes estatales, los Planes de las Comunidades Autónomas, y los Planes conjuntos, teniendo en cuenta los criterios de coordinación general sanitaria. En virtud de lo anterior, se aprobó el Real Decreto 938/1989, de 21 de junio, que establece el procedimiento de elaboración y seguimiento del Plan Integrado de Salud, así como el esquema general de sus contenidos.

A partir de la entrada en vigor de la normativa anteriormente citada, tanto en España como en nuestra Comunidad Autónoma, se han producido avances en las organizaciones sanitarias, y la necesidad de mantener la coordinación, cohesión y equidad en el Sistema Nacional de Salud, obligan a la planificación de actividades y a formular estrategias y objetivos que garanticen resultados que mejoren el estado de salud individual y colectivo, manteniendo los principios básicos de la legislación vigente.

La Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura estableció un nuevo marco de ordenación para la sanidad pública extremeña, definiendo el Sistema Sanitario Público de Extremadura como parte integrante del Sistema Nacional de Salud, así como la creación del Servicio Extremeño de Salud, como Organismo Autónomo de carácter administrativo. De conformidad con lo dispuesto en sus artículos 7, 8 y 23, la elaboración del Plan de Salud de Extremadura corresponde a la actual Consejería de Salud y Política Social, teniendo en cuenta las propuestas formuladas por cada una de las Áreas de Salud, y su aprobación al Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura. Por otra parte, el artículo 24 dispone que la Consejería con competencias en materia de Sanidad, dictará o, en su caso, instará la realización de las normas y el plazo para la elaboración del Plan de Salud.

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

En cuanto al deber de colaboración, la Ley de Salud de Extremadura establece que todos los departamentos de la Administración de la Comunidad Autónoma, de las Instituciones Sanitarias, así como los correspondientes de las Corporaciones Locales, vendrán obligados a prestar la debida colaboración para la elaboración del Plan, suministrando datos, facilitando

información y prestando la asistencia que se demande por la Autoridad Sanitaria. Los contenidos mínimos que, al menos, deberá incluir, figuran en su artículo 28.

La coordinación, el seguimiento y la evaluación continuada del Plan, son concebidos como pilares fundamentales del mismo, representando un ejercicio de planificación continuada, dado que los resultados obtenidos pueden ser incorporados, al análisis de situación y a la definición de objetivos e intervenciones, de posteriores periodos de planificación sanitaria.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, configura el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud. Establece como principal instrumento de configuración del Sistema Nacional de Salud, el Consejo Interterritorial, que contará entre sus funciones de asesoramiento, planificación, y evaluación en el Sistema Nacional de Salud, con la evolución de los Planes Autonómicos de Salud y la formulación de los Planes Conjuntos y del Plan Integral de Salud, referidos en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de profesiones sanitarias, y los respectivos códigos deontológicos, imponen a estos profesionales el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado. No obstante, y con independencia de las normas laborales que contemplan este derecho en virtud de la condición común de “trabajadores”, el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, como norma básica que establece su régimen jurídico, reconoce el derecho de los profesionales que se encuentran en su ámbito de aplicación a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, sobre riesgos generales en el centro sanitario o derivados del trabajo habitual, así como a recibir asistencia y protección de las Administraciones Públicas y Servicios de Salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones.

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

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

En este sentido, la Ley 8/2011, de 23 de marzo, de igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género de Extremadura recoge en su Capítulo IV la necesidad de que las políticas, estrategias y programas de Salud de la Comunidad Autónoma integren en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres.

El Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2011-2014, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, mantiene la vocación de ciudadanía del anterior y busca que las personas residentes se incorporen a la sociedad española en condiciones de equidad siendo para ello necesario mejorar los niveles de acceso y uso de los servicios y prestaciones públicas, y entre ellas especialmente la salud, por parte del conjunto de la ciudadanía.

El Decreto 138/2008, de 11 de julio de 2008, establecía las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura 2009-2012, así como la determinación de los órganos administrativos que participarán en estos procesos.

La Ley 7/2011, de 23 de marzo, de Salud Pública de Extremadura, que tiene por objeto regular las actuaciones y servicios en materia de salud pública que se desarrollen en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura, ha propiciado la coordinación y cooperación de los distintos organismos y Administraciones Públicas en sus respectivos ámbitos competenciales.

El Decreto del Presidente 15/2011, de 8 de julio, por el que se modifican la denominación, el número y competencias de las Consejerías que conforman la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura reestructura la composición de las Consejerías, con el fin de desarrollar la acción de la Junta de Extremadura, conseguir la mayor eficacia en la acción y la máxima eficiencia en el funcionamiento de la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

La nueva estructura orgánica a nivel autonómico, a partir de la entrada en vigor del Decreto 204/2011 de 5 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica de la Presidencia de la Junta de Extremadura, y del Decreto 23/2012, de 10 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Política Social, que derogó el Decreto 211/2011, de 5 de agosto, por el que se establecía la estructura orgánica de la misma.

Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, cuyo objeto es dar una respuesta completa y actual al requerimiento contenido en el artículo 43 de la Constitución Española y, en consecuencia, tratar de alcanzar y mantener el máximo nivel de salud posible de la población.

Atendiendo a lo anteriormente expuesto, se hace necesario dictar el presente Decreto que posibilite llevar de forma eficiente la elaboración del Plan de Salud de Extremadura para el periodo 2013-2020, así como su correcto seguimiento y evaluación.

En su virtud, a propuesta del Consejero de Salud y Política Social, oído el Consejo Consultivo de Extremadura, previa deliberación del Consejo de Gobierno en su reunión del día 15 de octubre de 2012,

D I S P O N G O:

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto y Naturaleza.
El Presente Decreto tiene por objeto el establecimiento de las normas que regulan la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020, así como la determinación de los órganos administrativos que participarán en estos procesos y velarán por su adecuado desarrollo.

Artículo 2. Principios del Plan de Salud de Extremadura.
En la elaboración del Plan de Salud, además de los criterios generales de coordinación sanitaria contemplados en el artículo 70.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, para su inclusión en el Plan Integrado de Salud, la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, así como en los artículos 64, 71 y 76 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, la Ley 7/2011, de 23 de marzo, de Salud Pública de Extremadura y la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, se tendrá en cuenta los siguientes principios:

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

Artículo 3. Prestación de asistencia y colaboración.
Todos los Departamentos de la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura, de las Instituciones Sanitarias, así como los correspondientes de las Corporaciones Locales, vendrán obligados a prestar la debida colaboración en la elaboración, seguimiento y evaluación del Plan, suministrando los datos, facilitando la información y prestando la asistencia que se demande por la Consejería competente en materia de Sanidad.

CAPÍTULO II

ELABORACIÓN Y CONTENIDO DEL PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA

Artículo 4. Elaboración del Plan de Salud.
La Consejería competente en materia de Sanidad, a través de la Dirección General con competencia en materia de Planificación y Ordenación Sanitaria, elaborará el Plan de Salud de Extremadura 2013-2020 con sujeción a las previsiones establecidas en este Decreto.

Artículo 5. Contenido del Plan de Salud de Extremadura.
El Plan de Salud de Extremadura deberá incluir, al menos, los siguientes apartados:

a) El análisis de la situación de la salud, de los servicios y de los recursos relacionados con la salud empleados, que permitirá establecer una valoración de la situación inicial, un diagnóstico de los problemas y necesidades sanitarios y de las áreas de intervención prioritarias.
b) La determinación y priorización de los objetivos a alcanzar.
c) La definición de las actuaciones y programas a realizar, para cada uno de los objetivos, así como los criterios de evaluación.
d) Las previsiones económicas y financiación de las actividades propuestas.

Artículo 6. Fases de elaboración del Plan de Salud de Extremadura.
El Plan de Salud de Extremadura se elaborará de acuerdo con su contenido, siguiendo las siguientes fases:

a) Fase de análisis de situación de salud, de servicios y de recursos sanitarios empleados.
b) Fase de establecimiento de las áreas de intervención.
c) Fase de determinación de objetivos, definición de líneas de actuación y programas a desarrollar.
d) Fase de redacción del Documento-Propuesta y de elaboración de las previsiones económicas y mecanismos de financiación.

Artículo 7. Fase de análisis de situación de salud, de servicios y de recursos relacionados con la salud empleados.
1. Esta fase contendrá el estudio del estado de salud de la población, de los condicionantes para la salud, condiciones medioambientales y estilos de vida, así como de los servicios sanitarios, haciendo especial referencia a su adecuación a la situación de salud de la población, a la calidad y la eficiencia incluyendo además, valoraciones sobre: morbilidad, mortalidad, incapacidad, exposición a los factores de riesgo de la enfermedad, estado de salud de la población, estilos de vida, ordenación y oferta sanitarias.
2. Con el fin de que el estudio de situación refleje con la mayor precisión el estado real de la salud y de los servicios, el estudio de cada variable procurará estar referido al ámbito territorial más adecuado en cada caso.

3. De cada problema de salud identificado, se realizará un análisis de aspectos relacionados con la importancia socio-sanitaria, la vulnerabilidad, las estrategias de actuación, la factibilidad y la estrategia adoptada. En base a estos criterios se establecerá una lista de los problemas y de los condicionantes de la salud y de los servicios.

Artículo 8. Fase de establecimiento de las áreas de intervención.

1. Partiendo de la lista de los problemas y de los condicionantes de la salud y de los servicios en la que concluye el análisis de situación, se definirán grandes áreas de intervención prioritaria, atendiendo a la naturaleza y contenidos de los problemas y necesidades sanitarios detectados.
2. Cada área de intervención priorizada, servirá de marco a los objetivos estratégicos definidos, a las líneas de actuación propuestas para cada uno de ellos, a los planes o programas específicos a desarrollar, así como a los criterios para el seguimiento y evaluación de los mismos.

Artículo 9. Fase de determinación de objetivos y definición de líneas de actuación y programas a desarrollar.

1. Partiendo de la lista de problemas detectados en la fase de análisis de situación y agrupados por áreas de intervención, se deberá determinar los objetivos a alcanzar en cada una de ellas. Los objetivos que se señalen guardarán relación con los problemas detectados y con los recursos disponibles.
2. Los objetivos a alcanzar se expresarán en términos concretos, mensurables, monitorizables, cuantificables y modificables. Deberán incluir un tiempo para su consecución, y estarán en relación tanto con los problemas previamente identificados, como con las circunstancias específicas del ámbito al que se refieran y con los recursos disponibles.
3. Para cada objetivo estratégico, se definirán las líneas de actuación y programas a realizar para su consecución.
4. La definición de las líneas de actuación se basará en los resultados y conclusiones del análisis de situación y tendrá en cuenta el grado de eficiencia demostrada de las medidas, la sensibilidad del problema a las intervenciones propuestas y su factibilidad. Las líneas de actuación constituyen actividades generales que son necesarias llevar a cabo atendiendo a los criterios organizativos de las diferentes Administraciones y que estarán sujetas a los cambios propios del devenir de nuevas situaciones y conocimientos del problema.
5. Cuando por su entidad, se proponga el tratamiento integral de un determinado problema de salud, los planes o programas a desarrollar deberán abarcar las siguientes líneas de actuación: Promoción y Protección de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Asistencia Sanitaria, Medidas de Apoyo, Rehabilitación, Formación e Investigación, si procede.
6. Para cada línea de actuación propuesta, deberá señalarse el órgano responsable o encargado de llevarla a cabo, y sus indicadores de seguimiento y evaluación.
7. Los criterios de seguimiento y evaluación del Plan, permitirán conocer si su implantación se acompaña del esperado desarrollo de las principales actuaciones previstas y de los posibles cambios en la magnitud de los factores condicionantes de los problemas de salud.

Artículo 10. Fase de redacción del Documento-Propuesta y elaboración de las previsiones de financiación.

1. El Comité Técnico del Plan de Salud de Extremadura, definidos los objetivos, las líneas de actuación y los planes a desarrollar, estudiará conjuntamente los informes y propuestas emitidos por cada uno de los grupos de trabajo de expertos, resultando un Documento-Propuesta de Plan de Salud de Extremadura que será elevado al titular de la Consejería competente en materia de Sanidad para cuantas consultas y actuaciones considere oportunas.
2. El Plan de Salud incluirá las previsiones económicas y los mecanismos de financiación del conjunto de actividades.

CAPÍTULO III

APROBACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA

Artículo 11. Aprobación y vigencia.

1. El Plan de Salud de Extremadura será aprobado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Extremadura, a propuesta de la Consejería competente en materia de Sanidad, oído el Consejo Extremeño de Salud. Una vez aprobado, será presentado por el titular de la Consejería competente en materia de Sanidad ante la Asamblea de Extremadura, para su conocimiento.
2. El periodo de vigencia del Plan de Salud será de 8 años extendiéndose desde el 2013 al 2020.
3. Una vez aprobado el Plan de Salud será remitido al Ministerio competente para su correspondiente inclusión en el Plan Integrado de Salud, de acuerdo con lo establecido en los artículos 74 a 77 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y los artículos 64 y 71 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
4. Las previsiones contenidas en el Plan de Salud, son obligatorias para todos los sujetos del Sistema Sanitario Público de Extremadura y entidades públicas y privadas afectadas.

Artículo 12. Publicidad.

Aprobado el Plan de Salud de Extremadura 2013-2020, en aras de la transparencia y accesibilidad que debe presidir la actuación de la Administraciones Públicas, la Consejería competente en materia de Sanidad procederá a su edición, de forma accesible para el público, debiendo obrar en las dependencias de dicha Consejería, a disposición de los ciudadanos, un ejemplar del mismo para consulta e información. En la consecución de este objetivo, se utilizarán los medios proporcionados por las nuevas tecnologías de la comunicación.

CAPÍTULO IV

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA

Artículo 13. Mecanismos de seguimiento y evaluación.

La Consejería competente en materia de Sanidad establecerá los mecanismos de seguimiento y evaluación del Plan de Salud, que permitan facilitar su desarrollo y asegurar su seguimiento y la valoración de las actividades y objetivos conseguidos, así como su ejecución, especialmente cuando se trate de acciones llevadas a cabo por centros y servicios no dependientes de dicha Consejería.

Artículo 14. Seguimiento.

1. Corresponde a la Consejería competente en materia de Sanidad, efectuar de forma coordinada con las unidades administrativas responsables, y mediante la aplicación de los procedimientos, mecanismos y criterios establecidos por el propio Plan, el seguimiento del cumplimiento de éste y la organización de un banco de datos sobre la evolución del mismo.
2. Anualmente se realizará el seguimiento de los objetivos establecidos en el Plan, hasta la culminación del periodo fijado para su finalización.
3. La Consejería competente en materia de Sanidad ejercerá las funciones de seguimiento a través de los siguientes órganos:

a) Comité Técnico del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020.
b) Dirección General competente en materia de Planificación y Ordenación Sanitaria.

Artículo 15. Evaluación.

1. La evaluación del Plan de Salud de Extremadura, permitirá conocer los resultados obtenidos en relación con las actividades propuestas, orientadas a alcanzar los objetivos de salud para Extremadura.
2. Igualmente estos resultados podrán ser incorporados al análisis de la situación de cada problema de salud y constituirán por tanto, elementos esenciales que posibilitarán avanzar en la definición de intervenciones y objetivos en posteriores periodos de planificación sanitaria.
3. La evaluación del Plan de Salud, abarcará tanto su ejecución como su efectividad, pertinencia y resultados.
4. Se realizarán evaluaciones bianuales del Plan de Salud 2013-2020, por la Dirección General con competencias en materia de Planificación y Ordenación Sanitaria de la Consejería competente en materia de Sanidad.

CAPÍTULO V

DE LA COORDINACIÓN Y DESARROLLO DEL PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA

Sección 1. ª. Disposiciones generales.

Artículo 16. Mecanismos administrativos de elaboración y seguimiento del Plan de Salud de Extremadura.

1. El Comité Técnico del Plan de Salud de Extremadura y la Dirección General con competencias en materia de Planificación y Ordenación Sanitaria, con la colaboración del grupo de Responsables Institucionales encargados de informar sobre el desarrollo de las medidas de intervención y actuaciones propuestas en el Plan, deberán cooperar con el objetivo general de facilitar el desarrollo, la coordinación, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020.

Dicha cooperación tendrá por objeto dar cumplimiento a los principios de coordinación sanitaria y participación social en la elaboración y seguimiento del Plan de Salud.

2. El funcionamiento de los recursos enumerados en el presente Capítulo, estará orientado hacia el logro de los objetivos generales de salud y de disminución de riesgo para la salud fijados en el Plan de Salud de Extremadura. Las actuaciones y acuerdos adoptados, deberán responder a los siguientes principios:

a) La equidad y adecuación de los servicios a las necesidades de la población.
b) La eficiencia y calidad de los servicios.
c) La coordinación y participación de los diferentes niveles y servicios sanitarios y socio-sanitarios de la Comunidad Autónoma.
d) La satisfacción de las personas usuarias.
e) La continuidad y coherencia con los planteamientos, los objetivos y las acciones del Plan.

Sección 2. ª. Del Comité Técnico del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020.

Artículo 17. Comité Técnico del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020.

Para la elaboración del Plan de Salud de Extremadura, la Consejería competente en materia de Sanidad estará asistida por el Comité del Plan de Salud de Extremadura, órgano adscrito a la misma, al que corresponderá propiciar el cumplimiento de las funciones encomendadas para la elaboración, seguimiento y evaluación del Plan de Salud de Extremadura.

Artículo 18. Funciones.

El Comité Técnico del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020, dentro del proceso de elaboración del mismo, desarrollará las siguientes funciones:

a) Favorecer el normal desarrollo del Plan de Salud, facilitar su conocimiento y dar soporte a la actividad de coordinación interinstitucional, necesaria para la elaboración, implantación y desarrollo del mismo.
b) Prestar soporte y asesoramiento técnicos necesario para la elaboración, seguimiento y evaluación del Plan de Salud de Extremadura.
c) Prestar asesoramiento y emitir informes sobre aquellas materias y cuestiones que les sean requeridas por la Consejería competente en materia de Sanidad, en relación con el Plan de Salud de Extremadura.
d) Coordinar sus actividades con cuantas realicen las Administraciones Públicas o cualesquiera otras Instituciones y entidades orientadas a la mejora del nivel de salud de la población.
e) Realizar cualesquiera otras funciones y actividades conducentes al cumplimiento de los objetivos establecidos en el Plan de Salud de Extremadura.

Artículo 19. Composición.

El Comité Técnico del Plan de Salud de Extremadura tendrá la siguiente composición:

a) Presidencia: El titular de la Dirección General competente en materia de Planificación y Ordenación Sanitaria, de la Consejería competente en materia de Sanidad, o vocal del Comité Técnico en quien delegue.
b) Vocales con voz y voto, los siguientes:
1) La persona titular del Servicio competente en materia de Planificación y Ordenación Sanitaria de la Dirección General competente en materia de Planificación y Ordenación Sanitaria de la Consejería con competencia en materia de Sanidad.
2) La persona titular de la Unidad administrativa competente en materia de Plan de Salud de la Dirección General con competencias en materia de Planificación y Ordenación Sanitaria.
3) Las personas titulares de los Servicios de la Consejería competente en materia de Sanidad, que se relacionan
    a) De la Dirección General competente en materia de Planificación y Ordenación Sanitaria:
    - Servicio competente en materia de Autorización, Acreditación, Evaluación y Calidad.
    - Servicio competente en materia de Inspección Sanitaria.
    - Una persona en representación del Instituto de Consumo de Extremadura.
    - Una persona en representación de la Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social.
    b) De la Dirección General competente en materia de Política Social y Familia:

- Servicio competente en materia de Familias, Infancia y Adolescencia.
- Servicio competente en materia de Programas Sociales y Migraciones.

c) Una persona en representación del Instituto de la Mujer de Extremadura.

4) Del Servicio Extremeño de Salud, designados por el titular de la Dirección Gerencia:
   - Una persona en representación de la Dirección Gerencia.
   - Una persona en representación de la Secretaría General.

5) Del Servicio Extremeño de Salud, las personas titulares de las Unidades Administrativas que se relacionan:

a) De la Dirección General competente en materia de Asistencia Sanitaria:
   - Subdirección competente en materia de Atención Primaria.
   - Subdirección competente en materia de Atención Especializada.
   - Subdirección competente en materia de Farmacia.
   - Subdirección competente en materia de Salud Mental y Programas Asistenciales.

b) De la Dirección General competente en materia de Salud Pública:
   - Subdirección competente en materia de Salud Alimentaria y Ambiental.
   - Subdirección competente en materia de Epidemiología.
   - Secretaría Técnica de Drogodependencias.
   - Servicio competente en materia de Participación Comunitaria en Salud.

6) Las personas titulares de las Direcciones de Salud de las Áreas.

7) Las personas titulares de las Gerencias de las Áreas de Salud.

8) Del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, las personas titulares de las Unidades Administrativas que se relacionan:
   - Unidad competente en materia de Control Asistencial y Sistemas de la Información.
   - Unidad competente en materia de Recursos, Dispositivos y Servicios.
   - Unidad competente en materia de Programas Asistenciales.

9) De la Presidencia de la Junta de Extremadura.
   - Una persona en representación del Instituto de la Juventud de Extremadura.
   - La persona titular del Servicio competente en materia de Deportes.

10) De la Consejería competente en materia de Empleo, Empresa e Innovación la persona titular del Servicio competente en materia de Seguridad y Salud en el trabajo.

11) De la Consejería competente en materia de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía las personas titulares de los Servicios que se relacionan:
   - Servicio competente en materia de Protección Ambiental.
   - Servicio competente en materia de Sanidad Animal.

12) De la Consejería competente en Administración Pública la persona titular del Servicio competente en materia de Administración Local.

13) De la Consejería competente en materia de Fomento, Vivienda, Ordenación del Territorio y Turismo, las personas titulares de los Servicios que se relacionan:
   - Servicio competente en materia de Infraestructuras Viarias.
   - Servicio competente en materia de Agua e Infraestructuras Hidráulicas.

14) De la Consejería competente en materia de Educación y Cultura las personas titulares de los Servicios que a continuación se relacionan:
   - Servicio competente en materia de Coordinación Educativa.

- Servicio competente en materia de Programas Educativos y Atención a la Diversidad.

15)De la Consejería competente en materia de Economía y Hacienda una persona en representación de la Dirección General con competencias en materia de Política Económica.

c) Actuará como Secretario/a del Comité Técnico, con voz pero sin voto, una persona funcionaria del Servicio competente en materia de Planificación y Ordenación Sanitaria de la Dirección General competente en materia de Planificación y Ordenación Sanitaria, designado por la persona titular de la misma.

d) Asimismo podrán participar en calidad de asesores técnicos aquellos profesionales que, por su experiencia y conocimientos técnicos, sean requeridos por el Comité Técnico.

2.Para el desarrollo de sus funciones, el Comité Técnico del Plan de Salud, dispondrá de la colaboración de la Dirección General con competencias en materia de Planificación y Ordenación Sanitaria, de los recursos propios de las Consejerías y Organismos o Entidades a las que pertenecen y representan, así como del personal administrativo que se requiera, adscrito a la Consejería competente en materia de Sanidad.

3. En lo relativo a la convocatoria, desarrollo de las sesiones, elaboración y contenido de las actas, así como el procedimiento de constitución y régimen de acuerdos, se estará a lo previsto para los órganos colegiados en el Capítulo II del Título II de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Sección 3. ª. De la Dirección General con competencias en materia de Planificación y Ordenación Sanitaria.

Artículo 20. Objetivos de la Dirección General con competencias en materia de Planificación y Ordenación Sanitaria.

La Dirección General con competencia en materia de Planificación y Ordenación Sanitaria de la Consejería competente en materia de Sanidad tendrá los siguientes objetivos:

a) Cumplir las funciones que les sean encomendadas y ofrecer el apoyo necesario en el proceso de elaboración del Plan de Salud.
b) Asegurar el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura.

Artículo 21. Funciones de la Dirección General con competencias en materia de Planificación y Ordenación Sanitaria.

Son funciones de la Dirección General con competencias en materia de Planificación y Ordenación Sanitaria:

a) Conocer los resultados obtenidos en relación con las actividades propuestas, orientadas a alcanzar los objetivos de salud para Extremadura.
b) Identificar la tendencia en relación con los objetivos propuestos, durante el periodo de vigencia del Plan y a la finalización del mismo.
c) Incorporar al análisis de la situación de cada problema de salud, los resultados obtenidos del propio proceso de seguimiento y evaluación.
d) Proponer las intervenciones y objetivos para periodos de planificación sanitaria posteriores.
e) Identificar los problemas metodológicos en la elaboración del Plan, así como los problemas de aplicación de las acciones prioritarias propuestas.

f) Proponer acciones correctoras para el mejor cumplimiento del objetivo general del Sistema de Salud de elevar el nivel de salud de todos los ciudadanos, de conformidad con los factores condicionantes que operen en cada momento.
g) Prestar apoyo técnico en la coordinación de aquellas actuaciones que se desarrollen en el ámbito de la planificación sanitaria.
h) Asesorar e informar a la Consejería competente en materia de Sanidad cuando sea requerida para ello.
i) Elaborar los informes de seguimiento o de evaluación del Plan de Salud de Extremadura tras el primer año de implantación. Tras el primer año se deberá elaborar el informe de seguimiento, y transcurrido el segundo año de vigencia, de evaluación, alternándose la elaboración de ambos informes, hasta la finalización del periodo de vigencia del Plan de Salud. En todos los casos, y con carácter anual, los informes serán elevados al titular de la Consejería competente en materia de Sanidad.

Sección 4. ª. De los Grupos de Trabajo de Expertos.

Artículo 22. Designación de los Grupos de Trabajo de Expertos.

1.Con carácter previo a la fase de determinación de objetivos y definición de líneas de actuación y programas a desarrollar, se formarán grupos de trabajo compuestos por expertos en las diferentes disciplinas incluidas en cada área de intervención, responsables de la redacción de los documentos relativos a las mismas.
2. El titular de la Consejería competente en materia de Sanidad nombrará, a propuesta de la Dirección General con competencia en materia de Planificación y Ordenación Sanitaria, los expertos que formarán parte de los Grupos de Trabajo, con el objeto de determinar los objetivos y definir las líneas de actuación y los programas a desarrollar.
3.De entre ellos, se designará igualmente por el titular de la Consejería competente en materia de Sanidad, una persona encargada de coordinar la dirección de las tareas encomendadas.

Sección 5. ª. De las personas Responsables Institucionales para el seguimiento del Plan de Salud.

Artículo 23. Designación de los Responsables Institucionales para el seguimiento del Plan de Salud de Extremadura.

1.A propuesta de la Dirección General con competencia en materia de Planificación y Ordenación Sanitaria, el titular de la Consejería competente en materia de Sanidad designará responsables institucionales de entre las personas titulares de órganos y unidades administrativas de la Consejería competente en materia de Sanidad y/o el Servicio Extremeño de Salud con competencia y/o responsabilidad en las diferentes materias y áreas de intervención del Plan de Salud.
2.Corresponderá a los responsables institucionales la recopilación y el traslado de información, relativa al desarrollo de las medidas de intervención y actuaciones propuestas en el Plan de Salud de Extremadura, a la Dirección General con competencias en materia de Planificación y Ordenación Sanitaria, tras su aprobación y durante el período de vigencia del mismo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo siguiente.

Artículo 24. Funciones de los Responsables Institucionales para el seguimiento del Plan de Salud de Extremadura

Las personas responsables institucionales para el seguimiento, desarrollarán las siguientes funciones:

a) Informar de cuantas acciones se lleven a cabo para el desarrollo y consecución del Plan de Salud, siendo las personas encargadas de actualizar la información relativa al desarrollo de las acciones propuestas en el mismo, ya sean estas actuaciones realizadas, o previstas y pendientes de realización, estableciéndose en cada momento, un adecuado control, seguimiento y evaluación del propio Plan de Salud.
b) Recopilar toda la información relativa a las actividades y medidas de intervención propuestas para la consecución de los objetivos establecidos en el Plan de Salud, y de forma especial, de aquellos que le fueran asignados para su seguimiento.
c) Trasladar anualmente, y cuando así se le requiera para ello, la información anteriormente aludida, a la Dirección General competente en materia de Planificación y Ordenación Sanitaria.
d) Favorecer el cumplimiento de las funciones del Comité Técnico del Plan de Salud de Extremadura y de la Dirección General con competencias en materia de Planificación y Ordenación Sanitaria, en las tareas de elaboración, seguimiento y evaluación del Plan.
e) Realizar cualesquiera otras funciones y actividades que se les encomiende por el organismo competente.

Artículo 25. Requerimiento de información.
El titular de la Consejería competente en materia de Sanidad, a través de la Dirección General con competencia en materia de Planificación y Ordenación Sanitaria, podrá requerir, como mínimo una vez al año, la información correspondiente a cada una de los responsables institucionales encargados de la recopilación y traslado de la información.

Disposición derogatoria única.
Queda derogado el Decreto 138/2008, de 3 de julio, por el que se establecen las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura 2009-2012, así como cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a este Decreto.

Disposición final primera. Habilitación normativa.
Se faculta al titular de la Consejería competente en materia de Sanidad para dictar cuantas disposiciones sean necesarias para la aplicación de lo establecido en este Decreto.

Disposición final segunda. Entrada en vigor.
El presente Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el “Diario Oficial de Extremadura”.

Mérida, a 15 de octubre de 2012

El Presidente de la Junta de Extremadura
José Antonio Monago Terraza

El Consejero de Salud y Política Social
Luis Alfonso Hernández Carrón

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acha P., Szyfres B. Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales. Volumen I: bacteriosis y micosis. Rev. Esp. Salud Pública 2001; 75(3)
- AESAN. Plan Nacional de Control de la Cadena Alimentaria 2011-2015. Disponible en: http://www.aesan.msc.es/AESAN/web/control_oficial/seccion/plan_plurianual_control_oficial.shtml
- Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio ALADINO (Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible en web: http://www.aesan.msc.es/AESAN/docs/docs/notas_prensa/ALADINO_presentacion.pdf
- Aguilar Ibáñez MJ. La participación comunitaria en salud: ¿mito o realidad? Madrid: Díaz de Santos; 2001.
- Alexander DJ. An overview of the epidemiology of avian influenza. Vaccine 2007; (25): 5637–5644.
- Álvarez MM. Situación Epidemiológica del Sida y de las Nuevas Infecciones por VIH en Extremadura. Mérida: Salud Extremadura; 2012. Disponible en: http://saludextremadura.gobex.es/documents/19231/3158991/VIH+2012.pdf
- Amela Heras C. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad;2012.Consultado22.01.2013.Disponible en: http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2010.pdf
- Atención al final de la vida. Modelo organizativo de Extremadura. Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura; 2010.
- Baigent S.J., McCauley J.W. Influenza type A in humans, mammals and birds: determinants of virus virulence, host-range and interspecies transmission. BioEssays 2003; 25:657–671
- Becerro A, Tomás M, Bou G. Enfermedades infecciosas y Microbiología Clínica 2012; 30(8):492-499.
- Bengis R.G., Leighton F.A., Fischer J.R., Artois M., Mörner T., Tate C.M. The role of wildlife in emerging and re-emerging zoonoses. Rev. sci. tech. Off. int. Epiz 2004: 23 (2), 497-511
- Blanco Tarrío E. Problemática de la Urgencia Rural: Situación en Castilla y León. SEMERGEN. 1998; 24; 735-739. Ponencia presentada en el X Congreso Nacional de la SEMES, Zaragoza 12 de junio de 1998.
- Botella Rocamora P., Zurriaga Lloréns O., Posada de la Paz M., Martínez Beneito M.A., Bel Prieto E., Robustillo Rodela A. et al. Atlas Nacional Provincial de Enfermedades Raras 1999-2003. Valencia: REPIER; 2006.
- Briones V. Enfermedades emergentes humanas y animales: Importancia cuantitativa y factores condicionantes. Profesión Veterinaria 2006; 16 (64):20-25.
- Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos. España, 2004-2007 (excluye brotes hídricos)Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III Semana: 48 del 23/11 al 29/11 de 2008. 2008; 16(21):241-252
- Brown C. Emerging zoonoses and pathogens of public health significance – an overview. Rev. sci. tech. Off. int. Epiz. 2004; 23 (2), 435-442
- Brucelosis. M. Rodríguez Zapata, L.Sanchez Martínez, J. Solís García del Pozo y J. Solero Santos. Medicine 2010; 10(56):3797-807
- Cantero Regalado, AB. Análisis del abordaje de la perspectiva de género en los Planes Sanitarios Estratégicos elaborados por la Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias, de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura, en el período 2005 a 2007. Mérida: Junta de Extremadura; 2010.
- Carta de Sofía. Bulgaria; 1993
- Carta Europea Salud y Medio Ambiente. Frankfurt; 1989
- Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión al Parlamente Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Las Enfermedades Raras: un reto para Europa. Bruselas; 2008.
- Comisión de las Comunidades Europeas. Propuesta de Recomendación del Consejo relativa a una acción europea en el ámbito de las enfermedades raras. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas; 11.11.2008. COM (2008) 726 final. SEC. 2713}{SEC(2008)2712}; 2008
- Comisión Europea. COM (2009) 334 final. Informe de la comisión al parlamento europeo y al consejo relativo a la aplicación del Reglamento (CE) nº 882/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre los controles oficiales efectuados para garantizar la verificación del cumplimiento de la legislación en materia de piensos y alimentos y la normativa sobre salud animal y bienestar de los animales. Bruselas 8.7.2009 Disponible en http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2009:0334:FIN:ES:PDF
- Comisión Europea. Dirección General de Salud y Consumidores. Documento de orientación sobre la aplicación de determinadas disposiciones del Reglamento (CE) nº 852/2004 relativo a la higiene de los productos alimenticios. Bruselas 18 de junio de 2012. Disponible en http://ec.europa.eu/food/food/biosafety/hygienelegislation/guidance_doc_852-2004_es.pdf
- Comisión Europea. Dirección General de Salud y Consumidores. Documento de orientación sobre la aplicación de procedimientos basados en los principios del APPCC y sobre cómo facilitar la aplicación de los principios del APPCC en determinadas empresas alimentarias. Bruselas 2005.
  Disponible en: http://ec.europa.eu/food/food/biosafety/hygienelegislation/guidance_doc_haccp_es.pdf
- Comité Científico de SEMES. Medicina de Emergencias. Cuerpo Doctrinal. Emergencias 1996; 8: 73-80.

- Comité de Expertos de la Unión Europea en enfermedades raras. Decisión Nº 872/2009/. Comisión de las Comunidades Europeas, de 30 de noviembre.
- Comité Mixto de la OMS. Organización Internacional de Trabajo; 1950
- Commission Decision of 12 June 2007 on a harmonised monitoring of antimicrobial resistance in *Salmonella* in poultry and pigs (2007/407/EC), Official Journal of the European Union, 14.6.2007, L 153/26-29.
- Commission Decision of 19 July 2007 concerning a financial contribution from the Community towards a survey on the prevalence and antimicrobial resistance of *Campylobacter* spp. in broiler flocks and on the prevalence of *Campylobacter* spp. and *Salmonella* spp. in broiler carcasses to be carried out in the Member States (2007/516/EC). Official Journal of the European Union, 21.7.2007, L 190/25-37.
- Comunicación-Comisión de la UE. El futuro de la asistencia sanitaria y de las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y sostenibilidad financiera.
- Consejería de Sanidad y Consumo. Registro de Mortalidad en Extremadura.
- Constitución Española. Artículo 148.1.20
- Control de la Salmonella y otros agentes zoonósicos específicos transmitidos por los alimentos. Reglamento (CE) Nº 2160/2003, del Parlamento Europeo y del Consejo. (ES Diario Oficial de la Unión Europea L 325/1. 12.12.2003)
- Cordón Arroyo, AM. Internet y Salud. Mérida: Junta de Extremadura; 2007.
- Dávila Dávila, P, Ruiz Muñoz, E, Ferrer Aguareles, JL. Actividad de Educación para la Salud frente a la Obesidad Infantil y Juvenil. Mérida: Junta de Extremadura; 2009.
- De Jong M.D., Bach V.C., Phan T.Q., Vo M.H., Tran T.T., Nguyen B.H., Beld M., Le T.P., Truong H.K., Nguyen V.V., Tran T.H., Do H.Q., Farrar J., Fatal avian influenza A (H5N1) in a child presenting with diarrhoea followed by coma, N. Engl. J. Med. 2005; 352:686–691.
- Decisión núm. 2006/1982/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 18 de diciembre de 2006 relativa al VII Programa Marco de la Comunidad Europea para acciones de investigación, desarrollo tecnológico y demostración 2007 a 2013. (DO L 412 de 30.12.2006)
- Decreto 107/2010, de 23 de abril, por el que se crea y regula la composición y funcionamiento del Consejo Regional de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Diario Oficial de Extremadura, nº 80, (29 – 04 – 2010).
- Decreto 14/2011, de 4 de febrero, por el que se regula la ordenación del Sistema de Formación Sanitaria Especializada en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura (DOE núm. 28 de 10-02-2011).
- Decreto 15/2011, de 8 de julio, por el que se modifican la denominación, el número y competencias de la Consejerías que conforman la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Diario Oficial de Extremadura Extraordinario núm. 2, 9 de julio de 2011, p 3-4.
- Decreto 165/2000, de 27 de junio, por el que se crea el Consejo Asesor de Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura. Diario Oficial de Extremadura núm. 77, 4 de julio de 2000, p. 6877-6878.
- Decreto 171/2009,de 24 de julio, por el que se crea el Consejo Asesor sobre Enfermedades Raras del Sistema Sanitario Público de Extremadura. DOE núm. 146, 30 de julio de 2009.
- Decreto 175/2008, de 1 de agosto, por el que se aprueba la Cartera de Servicios de Atención Primaria del SES (DOE num.153 de 7-8-08).
- Decreto 210/2012, de 15 de octubre, por el que se establecen las normas para la elaboración, el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud de Extremadura 2013-2020. Diario Oficial de Extremadura núm. 203, 19 octubre de 2012, p. 22367-22381.
- Decreto 222/2008, de 24 de octubre, por el que se aprueban los Estatutos del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD).
- Decreto 23/2012, de 10 de febrero, por el que establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Política Social, Diario Oficial de Extremadura núm. 29,13 de febrero de 2012, p. 3062 – 3077.
- Decreto 238/2008, de 7 de noviembre, por el que se modifica el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura. DOE nº 221, de 14 de noviembre de 2008.
- Decreto 7/2006, de 10 de enero, por el que se crean las estructuras de coordinación de la Atención Sociosanitaria y el Servicio Público de Atención Sociosanitaria en su modalidad Tipo Dos y se establece su Régimen Jurídico.
- Decreto 92/2006, de 16 de mayo, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud menta en la Comunidad Autónoma de Extremadura. Diario Oficial de Extremadura, nº 61, (25 – 05 – 2006).
- Decreto del Presidente 15/2011, de 8 de julio, por el que se modifican la denominación, el número y competencias de las Consejerías que conforman la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Decreto del Presidente 17/2007, de 30 de junio, por el que se modifica la denominación, el número y competencias de las Consejerías que conforman la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura. Plan Integral contra el Cáncer 2007 - 2011. Plan Integral sobre Drogas y Otras Conductas Adictivas de Extremadura 2008-2012
- Directiva 1999/72/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de julio de 1999 [Diario Oficial L 210 de 10.8.1999].
- Directiva 2000/60/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 23 de octubre de 2000. Diario Oficial de las Comunidades Europeas.L 327/1-L 327/73.
- Directiva 2003/99/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo . (Diario Oficial de la Unión Europea L 325/3112.12.2003).La vigilancia de las zoonosis y los agentes zoonósicos.
- Directiva 92/117/CEE, del Consejo, de 17 de diciembre de 1992. (Diario Oficial de la Unión Europea L 62 de 15.3.1993, p. 38).Medidas de protección contra determinadas zoonosis y determinados agentes productores de zoonosis en animales y productos de origen animal.

- Directiva 97/22/CE del Consejo, de 22 de abril de 1997 [Diario Oficial L 113 de 30.4.1997].
- EFSA (Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria). Informe sobre fuentes y tendencias de zoonosis y agentes zoonóticos en la Unión Europea; 2011.2010.2009.2008.
- Encuesta de Salud Europea 2009. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p420&file=inebase&L=0
- Enria, D.A.M.; Levis, S.C. (2004). Zoonosis virales emergentes: las infecciones por hantavirus. Rev. sci. tech. Off. int. Epiz., 23 (2), 595-611
- Esquema Nacional de Interoperabilidad disponible en. http://administracionelectronica.gob.es/?_nfpb=true&_pageLabel=PAE_PG_CTT_General&langPae=es&iniciativa=eni (fecha de consulta 26-2-2013) Ministerio de Hacienda y Administraciones Pública
- Esquema Nacional de Seguridad, disponible en: http://administracionelectronica.gob.es/?_nfpb=true&_pageLabel=PAE_PG_CTT_General&langPae=es&iniciativa=ens (fecha de consulta 26-2-2013) Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas
- Estrategia para el abordaje de la cronicidad del Sistema Nacional de Salud. Sanidad Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
- Eurobarómetro 73.2. Resultados en España, 2010. Disponible en: http://feafes.org/publicaciones/eurobarometer-mental-health-2010-3486/
- European Centre for disease prevention and control. Informe de Vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos en Europa; 2011
- European Comisión. DG Health and Consumer Protection Programme of Community actino in the field of public health (2003-2008).
- European Commission. Health and Consumer Protection Directorate-General. Useful Information on Rare Diseases from an EU perspective. Luxembourg: European Commission; 2004.
- European Food Safety Authority (EFSA) and the European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) annual report on zoonoses and food-borne outbreaks in the European Union for 2009
- European Food Safety Authority. Trends and Sources of Zoonoses, Zoonotic Agents and Antimicrobial Resistance in the European Union in 2004. The EFSA Journal 2005 – 310.
- FAO/WHO/OIE. 2008. Joint FAO/WHO/OIE Expert Meeting on Critically Important Antimicrobials. Report of a meeting held in FAO, Rome, Italy, 26-30 November 2007. FAO, Rome, Italy and WHO, Geneva, Switzerland.
- Félix-Redondo FJ, et al. Prevalencia, detección, tratamiento y grado de control de los factores de riesgo cardiovascular en la población de Extremadura. Estudio HERMEX. Atención Primaria 2001; 43
- Ferrer JL, Ruiz E. El valor de las vacunas en el momento actual. Revista ROL de Enfermería. 2011; 34 (12): 26-31.
- Fundación Pfizer. Estudio Juventud y Violencia. Informe de Resultados. En: VI Foro de Debate Social. Madrid; 2010.
- Gade, Venohr, Conner. Impact of an inpatient palliative care team: a randomized control trial. J Palliat Med 2008;11:180-90 (Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, et al. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. J Am Geriatr Soc 2007;55:993-1000).
- Gandhi, Chikindas. Listeria: A foodborne pathogen that knows how to survive. Int J Food Microbiol; 2007
- García Nieto A. Zoonosis emergentes ligadas a animales de compañía en la Comunidad de Madrid: diseño de un método para establecer prioridades en salud pública 2004; Rev. Esp. Salud Pública 78 (3).
- Gérvas J. Pérez Fernández M. Modelo de Atención a Crónicos *(Chronic Care Model)* y otras iniciativas de mejora de la calidad en la atención a los pacientes crónicos. Equipo CESCA. Madrid: AMF; 2009.
- Gobierno de Canarias. Guía para el profesorado sobre acoso escolar: detección, identificación, intervención y prevención. Canarias: Consejería de Educación, Universidades, Cultura y Deportes, Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa; 2009.
- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010. Disponible en web: http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf.
- Goldsmith B, Dietrich J, Du Q et al. Variability in access to hospital palliative care in the United States. J Palliat Med 2008; 11:1094-1102.
- Grupo de Trabajo de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC). Ordenación de las Urgencias en Atención Primaria. Atención Primaria. 1992; 9: 269-275.
- Haddow JE, Palomaki GE, Allan WC, Williams JR, Kniight GJ, et al. Maternal thyroide deficiency during pregnancy and subsequent neuropsychological development of the child. N. Engl J Med. ; 1999 341: 549-55
- Hansen, N.; Seiler, C.; Rumpf, J.; Dlaske, H.; P.Kraft, P.; Abele-Horn, M.; Wolfgang Muellges, W. (2012)Human Tuberculous Meningitis Caused by Mycobacterium caprae Case Rep Neurol 2012; 4:54–60
- Iborra Marmolejo I. Maltrato de personas mayores en la familia en España. Valencia: Fundación de la Comunidad Valenciana para el Estudio de la Violencia (Centro Reina Sofía); 2008.
- INE. Accidente de Trabajo del Ministerio de Empleo y Seguridad Social
- INE. Revisión del padrón municipal 2011 y Proyecciones de población a corto plazo 2011-2021.
- Innovación TIC para las personas mayores. Situación, requerimientos y soluciones en la atención integral de la cronicidad y la dependencia. Capítulo VIII. Ministerio de las ciencias e innovación
- Instituto de la Juventud de Extremadura. V Plan de Juventud de Extremadura 2013-2016
- Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte 2010. Consultado el 31.01.2013. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_salud.htm
- Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte 2010. Madrid: INE; 2012.

- Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Último dato publicado 30 de abril de 2012. http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&L=0
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud 2009. Madrid: INE; 2011.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuestas Nacionales de Salud. Años 2001, 2003 y 2006. Madrid: INE; 2011.
- Instituto Nacional de Estadística. Estadística de variaciones residenciales. Madrid: INE; 2011.
- Instituto Nacional de Estadística. Indicadores Demográficos Básicos. Madrid: INE; 2011.
- Instituto Nacional de Estadística. Padrón Municipal de Habitantes. Varios años. Madrid: INE; 2011.
- Izquierdo Martínez M, Avellaneda Fernández A. Enfermedades Raras: un enfoque práctico. Madrid: IIER; 2004.
- Jebara K.B. Surveillance, detection and response: managing emerging diseases at national and international levels. Rev. sci. tech. Off. int. Epiz 2004; 23 (2), 709-715
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Plan de Atención a Personas Afectadas por Enfermedades Raras 2008-2012. Sevilla: Consejería de Salud; 2007.
- Junta de Extremadura. Consejería de Igualdad y Empleo. Dirección General de Trabajo. V Plan de Prevención de Riesgos Laborales 2008-2011.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Encuestas de Salud de Extremadura. Años 2001 y 2005. Mérida: Junta de Extremadura; 2006.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Enfermedades Raras en Extremadura: Año 2004. Mérida: Dirección General de Consumo y Salud Comunitaria; 2005.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. I Plan Marco de Calidad del Sistema Sanitario Público Extremeño. Mérida: Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias; 2006.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Plan de Salud de Extremadura 2005-2008. Mérida: Junta de Extremadura; 2005.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Plan de Salud de Extremadura 2009-2012. Mérida: Junta de Extremadura; 2009.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Plan Integral contra el Cáncer en Extremadura 2007-2011. Mérida: Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias; 2007.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura 2007-2011. Mérida: Junta de Extremadura; 2007.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura 2007-2012. Mérida: Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias; 2007.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Manual de Estándares del Modelo de Calidad de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios en la Comunidad Autónoma de Extremadura. Mérida: Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección General de Formación, Inspección y Calidad Sanitarias; 2004.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2007-2013. Mérida: Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias;2007.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Plan de Salud de Extremadura 2009-2012. Mérida: Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación; 2009.Disponible en web: http://www.juntaex.es/juntaex/sanidad-dependencia/ROOT/docs/adjuntos//plan09-12.pdf
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Plan Integral de Diabetes 2007-2012. Mérida: Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación Sanitarias; 2007.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Plan Integral de Enfermedades Raras en Extremadura 2010-2014. Mérida: Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección General de Planificación, Ordenación y Coordinación; 2009.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Plan Integral de Salud Laboral 2008-2012. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad Sanitarias; 2008
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012. Mérida: Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Asistencia Sanitaria; 2007.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Plan Marco de Educación para la Salud de Extremadura 2007-2012. Mérida: Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura; 2007.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en Extremadura. Mérida: Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad Sanitarias; 2007.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Protocolo del Sistema de información sobre enfermedades raras. Sistemas especiales de información. Mérida: Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura; 2005.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Servicio Extremeño de Salud. Plan Estratégico de Seguridad de Pacientes del Servicio Extremeño de Salud 2011-2016. Mérida: Consejería de Sanidad y Dependencia. Servicio Extremeño de Salud; 2011.
- Junta de Extremadura. Guía Básica de Maltrato Infantil en el Ámbito de los Servicios Sociales. Almendralejo: Junta de Extremadura, Consejería de Bienestar Social, Dirección General de Infancia y Familia; 2006.

- Junta de Extremadura. Guía Básica de Maltrato Infantil en el Ámbito Educativo. Almendralejo: Junta de Extremadura, Consejería de Bienestar Social, Dirección General de Infancia y Familia; 2006.
- Junta de Extremadura. Protocolo Interdepartamental para la Erradicación y Prevención de la Violencia Contra la Mujer. Almendralejo: Junta de Extremadura, Consejería de Igualdad y Empleo; 2001.
- Kaplan, M.M., Bögel, K. Historical perspective of the origins and development of international veterinary public health in the World Health Organisation. Rev. sci. tech. Off. int. Epiz. 1991;10 (4): 915-931.
- La vigilancia de las zoonosis y los agentes zoonósicos. Directiva 2003/99/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo . (ES Diario Oficial de la Unión Europea L 325/3112.12.2003)
- La vigilancia de las zoonosis y los agentes zoonóticos Real Decreto 1940/2004, de 27 de septiembre. BOE núm. 237. 1 octubre 2004.
- Lázaro E, Oteo J. Evolución del consumo y de la resistencia a antibióticos en España. Inf Ter Sist Nac Salud 2006; 30:10-19
- Leroy E.M., Rouquet P., Pierre Formenty P., Souquiere S., Kilbourne A., Froment J.M., et al.. Multiple Ebola Virus Transmission Events and Rapid Decline of Central African Wildlife. 16 JANUARY 2004 VOL 303 SCIENCE; 2004 Disponible en: www.sciencemag.org
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (BOE núm.: 240 de 05-10-11).
- Ley 1/2008, de 22 de mayo, de creación de Entidades Públicas de la Junta de Extremadura, por la que se dispone la creación del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD), como Ente Público.(DOE núm.100, de 22 de mayo de 2008)
- Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura. Diario Oficial de Extremadura núm. 76, 3 de julio de 2001, p. 7288-7312. Boletín Oficial del Estado, núm. 177, 25 de julio de 2001, p. 27021-27039.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial de Extremadura núm. 102, 29 de abril de 1986, p. 15207-15227.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado núm. 126, 29 de mayo de 2003, p. 20567-20588.
- Ley 16/2012, de 27 de diciembre, por la que se adoptan diversas medidas tributarias dirigidas a la consolidación de las finanzas públicas y al impulso de la actividad económica, disponible en: BOE http://www.boe.es/boe/dias/2012/12/28/pdfs/BOE-A-2012-15650.pdf
- Ley 17/2011 de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Pub BOE 160 Sec I P. 71283. (Julio, 6. 2011)
- Ley 2/1990, de 26 de abril, de Salud Escolar de Extremadura. Diario Oficial de Extremadura núm. 43, 31 de mayo de 1990, p. 895-901. Boletín Oficial del Estado, núm. 282, 24 de noviembre de 1990, p. 34928-34931.
- Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente. Diario Oficial de Extremadura núm. 82, de 16 de julio de 2005, p.10442 – 10458.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado núm. 240, de 5 de octubre de 2011. Séc. I, p.104593 – 104626.
- Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. BOE 299 de 15 de diciembre de 2006.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274 de 15 de noviembre de 2002.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Boletín Oficial del Estado núm. 280, de 22 de noviembre de 2003, p. 41442 – 41458.
- Ley 5/2010, de 23 de junio, de prevención y calidad ambiental de la Comunidad Autónoma de Extremadura: Diario Oficial de Extremadura núm.120, de 24 de junio de 2010, p.16442-10579.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. BOE nº 301, de 17 de diciembre de 2003, p. 44742-44763.
- Ley 7/2011, de 23 de marzo, de Salud Pública de Extremadura. Diario Oficial del Estado núm. 59, de 25 de marzo de 2011, p.7392-7425.
- Ley 8/2003, de 24 de abril. BOE núm. 99. 25 abril 2003.Sanidad animal.
- Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre Mujeres y Hombres y contra la Violencia de Género en Extremadura. Boletín Oficial del Estado núm. 88, de 13 de abril de 2011, p.38017-38070.
- Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre Mujeres y Hombres y contra la Violencia de Género en Extremadura. Diario Oficial de Extremadura, nº 59 (25 de marzo de 2011).
- Ley Orgánica 1/1983, de 25 de febrero, del Estatuto de Autonomía de Extremadura. Boletín Oficial del Estado núm. 49, 26 de febrero de 1983, p. 5580-5586.
- Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, disponible en: BOE http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado núm. 71, de 23 de marzo de 2007, p. 12611-12645.
- Ley Orgánica de Protección de Datos Boletín Oficial del Estado: http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf
- Linares-Rodríguez, Martínez-Menéndez. Departamento de Biotecnología Microbiana. Centro Nacional de Biotecnología. CSIC. Madrid. Enferm. Infecc Microbio Clin 2005; 23(2):86-93.
- Martínez EV., Varela MC., Cevallos C., Hernández-Pezzi G., Torres A., Ordóñez P. Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos. España, 2004-2007 (excluye brotes hídricos) Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III Semana: 48 del 23/11 al 29/11 de 2008. 2008; 16(21):241-252

- Maynar Mariño, Nieto Ramírez, Montero de Espinosa Pérez, Madueño García, Fernández López, Maynar Mariño. Proyecto Progreso: Un sistema sanitario participado para el desarrollo integral del modelo de Atención Primaria de Salud. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria. Ed. SemFYC; Abril 2010 [fecha de acceso 25 de abril 2012]. Publicaciones [6]. http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/12/experiencia_1.pdf.
- McNamara. A method for defining and estimating the palliative care population. J. Pain Symptom Manage. 2006; 32 (1):5-12.
- Medidas de protección contra determinadas zoonosis y determinados agentes productores de zoonosis en animales y productos de origen animal. Directiva 92/117/CEE, del Consejo, de 17 de diciembre de 1992. (Diario Oficial de la Unión Europea L 62 de 15.3.1993, p. 38)
- Mengual Martínez L. La atención sanitaria urgente. Factores relacionados con la utilización de los servicios de urgencia hospitalarios. Cuadernos de Gestión. 1998; 4: 63-73.
- Ministére de la Santé et de la Protection Sociale. Plan Nacional Francés para las Enfermedades Raras 2005–2008. Paris: République Francaise. Ministére de la Santé et de la Protection Sociale; 2005.
- Ministerio de Educación, Política Social y Deporte y Ministerio de Sanidad y Consumo. Criterios de Calidad para el Desarrollo de Proyectos y Actuaciones de Promoción y Educación para la Salud en el Sistema Educativo. Madrid: Centro de Innovación y Documentación Educativa (CIDE) y Dirección General de Salud Pública; 2008.
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Estadística de accidentes de trabajo; Avance enero-diciembre 2011
- Ministerio de las Ciencias e Innovación.Innovación TIC para las personas mayores. Situación, requerimientos y soluciones en la atención integral de la cronicidad y la dependencia. Capítulo VIII.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2006. Disponible en web: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cancer-cardiopatia/CARDIOPATIA/opsc_est20.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2008. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia NAOS. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria; 2005.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio de la Mortalidad a 30 días por accidentes de tráfico (EMAT-30): características de los lesionados ingresados por accidente de tráfico en el año 2003. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el SIDA España 2008-2012. Madrid: Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA; 2007.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. Disponible en web:http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cardiopatia_isquemica/Estrategia_Cardiopatia_Isquemica.pdf
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009 – 2013). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Alcohol y Drogas. Años 2001, 2003, 2005 y 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. Años 2004 y 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Portal Estadístico del SNS. Muertes relacionadas con el consumo de tabaco. Tasa ajustada de mortalidad por 100.000 habitantes, según Comunidad Autónoma. Ambos sexos. España 1981-2007. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.Información Terapeútica del SNS
- Ministerio de Saúde. Programa Nacional para Doenças Raras (PNDR). Direcçao Geral da Saúde; 2008.
- Ministerio de Trabajo e Inmigración. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2007-2012.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2011-2014.
- Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico. El año pasado fallecieron 2060 personas en accidente de tráfico: El contexto europeo. Nota de prensa. Ministerio del Interior. 12 de noviembre de 2012
- Ministerio del Interior. Dirección General de Tráfico. Estadísticas e indicadores. Anuario Estadístico de Accidentes. Actualización 01/02/2013.http://www.dgt.es/portal/es/seguridad_vial/estadistica/publicaciones/anuario_estadistico/.
- Morbeck ME, Zihlman AL, Summer DR. Poliomyelitis and skeletal asymmetry in Gombe chimpanzees. Primates 1991; 32(1):77-91.
- Moreno Izarra J, de la Torre Cisneros J. Zoonosis por animales no domésticos. Rev. Clin. Esp. 2001; 201(7):367-9.
- Moreno M.A. Redes de vigilancia veterinaria de resistencias a los antimicrobianos, en: Antimicrobianos y antiparasitarios en medicina veterinaria. San Andrés, M. y Boggio, J.C. (Eds.), Editorial Intermédica; 2007. pp.: 719-732.
- Moreno Millán E. Atención sanitaria urgente y demanda social: Reflexiones sobre la elección de un modelo de respuesta. Emergencias 1995; 7:108-115.
- Morrison RS, Penrod JD, Cassel JB. Cost saving associated with US hospital palliative care consultation program . Arch Intern Med 2008; 168:1783-90.
- Morse S.S. Factors and determinants of disease emergence. Rev. sci. tech. Off. int. Epiz. 2004; 23 (2), 443-451
- MSSSI. Información Terapeútica del SNS.

- Multiple Ebola Virus Transmission Events and Rapid Decline of Central African Wildlife. 16 JANUARY 2004 VOL 303 SCIENCE Disponible en : www.sciencemag.org
- OMS. Informe sobre la salud del mundo; 2010
- Orden de 14 de mayo de 2004, por la que se crea el Sistema de Información sobre Enfermedades Raras de La Comunidad Autónoma de Extremadura. DOE núm. 59, 25 de mayo de 2004.
- Orden de 22 de enero de 2008, por la que se regula la composición y funcionamiento de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Extremadura (DOE núm. 27 de 08-02-2008).
- Orden de 4 de marzo de 2005, por la que se crea y regula la compasión y funcionamiento de la Comisión de Formación Especializada en Ciencias de la Salud (DOE núm. 27 de 08-03-2005).
- Organización de Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos del Niño. Asamblea General de Naciones Unidas. Resolución 1386 (XIV) de 20 de noviembre de 1959.
- Organización Mundial de la Salud 2010.Informe sobre la salud en el mundo.
- Organización Mundial de la Salud. Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 11, Enero - Diciembre 2006. págs. 133 – 142.
- Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Ottawa, Canadá, 17-21 de noviembre de 1986. Ginebra: OMS; 1986.
- Organización Mundial de la salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: OMS; 1978.
- Organización Mundial de la Salud. Definición del concepto de Cuidados Paliativos.
- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006-2015; 2006.
- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. Ginebra: OMS, 1981.
- Organización Mundial de la Salud. Milestones in Health Promotion. Ginebra: OMS; 2009.
- Organización Mundial de la Salud. Salud para Todos en el Siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
- Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington, D.C.:OMS; 2003. Publicación Científica y Técnica No. 588.
- Orueta Sánchez Ramón. Medicalización de la vida (I). Rev Clin Med Fam 2011;4 (2):150-161.
- Oteo Iglesias. Resistencia a antibióticos en España. Laboratorio de Antibióticos. Centro Nacional de Microbiología.
- Pacheco Rodríguez A., Álvarez García A., Hermoso Gadeo F.E., Serrano Moraza A. Servicios de Emergencia Médica Extrahospitalaria en España (I). Historia y Fundamentos Preliminares. Emergencias 1998; 10: 173-187.
- Pacheco Rodríguez A., Álvarez García A., Hermoso Gadeo F.E., Serrano Moraza A. Servicios de Emergencia Médica Extrahospitalaria en España (II). Emergencias 1998; 10: 245-256.
- Pacto Europeo de la Salud Mental y Bienestar. Conferencia de alto nivel de la UE. Bruselas: 12 – 13 de junio de 2008. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_es.pdf
- Página Web de EARSS. Publicado por el RIVM en http://www.rivm.nl/earss/.
- Picazo JJ, de Arístegui Fernández J, Arteagoitia Axpe JM, Barranco Ordóñez D, Barricarte Gurrea A, Bosch José X, et al. Evidencias científicas disponibles sobre la seguridad de las vacunas. Vacunas 2011; 12: 3-34.
- Pinheiro P. Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas. Ginebra: UNICEF; 2006.
- Plan de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas de la Comunidad Valenciana.2011-2015
- Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010.Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España. Diposnible en: http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf.
- Plan Nacional de Enfermedades Raras de Bulgaria 2009-2013; 2008.
- Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (Plan Nacional de I+D+i) 2008 – 2011. Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT). Diciembre; 2007
- Planas Vila M, Álvarez Hernández J, García de Lorenzo A, Celaya Pérez S, León Sanz M, García-Lorda P, et al. The burden of hospital malnutrition in Spain: methods and development of the PREDyCES® Study. Nutr Hosp. 2010; 25(6):1020-24.
- Posada M, Martín-Arribas C, Ramírez A, Villaverde A, Abaitua I. Enfermedades Raras. Concepto, epidemiología y situación actual en España. An. Sist. Sanit. Navar. 2008; 31(2): 9-20.
- Primeras recomendaciones del PACAP: ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? 2ª ed. Madrid: Ed. semFYC e Instituto de Salud Pública de Madrid; 2004.
- Programa de Acción Comunitaria sobre las Enfermedades Poco Comunes (1999-2003). Decisión Nº 1295/1999/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 1999.
- Programa de Prevención de Lesiones: Detección de accidentes domésticos y de ocio 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto Nacional del Consumo.
- Propuestas de futuro hacia la atención integral a las personas mayores. OPIMEC (observatorio de prácticas innovadoras en el manejo de enfermedades crónicas). Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes Con Enfermedades Crónicas (2012-2016)
- Puerta-García, Mateos-Rodríguez. Enterobacterias. Medicine 2010; 10(51):3426-31
- Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, disponible en: BOE http://www.boe.es/boe/dias/2012/08/04/pdfs/BOE-A-2012-10477.pdf
- Real Decreto 1940/2004, de 27 de septiembre. BOE núm. 237. 1 octubre 2004.La vigilancia de las zoonosis y los agentes zoonóticos

- Real Decreto 3/2010 de 8 de enero por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad en el ámbito de la Administración Pública, disponible en: BOE https://sede.bne.gob.es/SedeElectronica/es/Descargas/BOE-A-2010-1330.pdf
- Real Decreto 4/2010 de 8 de enero por el que se regula el Esquema Nacional de Interoperabilidad en el ámbito de la Administración Pública, disponible en: BOE http://www.boe.es/boe/dias/2010/01/29/pdfs/BOE-A-2010-1331.pdf
- Real Decreto 938 / 1989, por el que se establecen el procedimiento y los plazos para la formación de los planes integrados de salud, Boletín Oficial del Estado núm. 179 de 28 de julio de 1989, p. 24217- 24218.
- Reglamento (CE) Nº 141 / 2000 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 1999, sobre Medicamentos Huérfanos.
- Reglamento (CE) Nº 2160/2003, del Parlamento Europeo y del Consejo. (ES Diario Oficial de la Unión Europea L 325/1. 12.12.2003).Control de la Salmonella y otros agentes zoonósicos específicos transmitidos por los alimentos.
- Reglamento 882/2004 sobre los controles oficiales efectuados para garantizar la verificación del cumplimiento de la legislación en materia de piensos y alimentos y la normativa sobre salud animal y bienestar de los animales. Pub DO L 191 de 28.5.2004, p. 1. (mayo, 28, 2004)
- Report from the Task Force on Zoonoses Data. Collection including guidance for harmonized monitoring and reporting of antimicrobial resistance in commensal *Escherichia coli* and *Enterococcus* spp. from food animals. The EFSA Journal 2008; 141: 1-44.
- Report Joint Committee on the use of Antibiotics in Animal Husbandry and Veterinary Medicine. London; 1969.
- Riesgos asociados a resistencias frente a bacterias zoonósicas en la producción primaria.http://www.aesan.msps.es/AESAN/docs/docs/publicaciones_estudios/Lucas_Dominguez.pdf
- Robinson A. Salud pública veterinaria y control de zoonosis en países en desarrollo. Conferencia electrónica de FAO/OMS/OIE. College of Veterinary Medicine. Western University of Health Sciences. Pomona, California, EEUU; 2003
- Rodríguez Ferri E.F. Encefalopatías espongiformes. Priones. Mesa Redonda sobre Encefalopatías espongiformes. Colegio Oficial de Veterinarios de León-Facultad de Veterinaria; 1996
- Rodríguez Ferri E.F. Zoonosis Emergentes. Departamento de Sanidad Animal Facultad de Veterinaria. Universidad de León
- Rodríguez Valín M.A.; Villarrubia Enseñat S. Infecciones por Campylobacter spp. en España. Sistema de Información Microbiológica. Años 2000-2008 Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Semanas: 44-45 del 31/10 al 13/11 de 2010; 2010 18(20): 1135 – 6286
- Rol J.A. Desarrollo competencial de la especialidad Veterinaria de Salud Pública y Comunitaria en el Sistema Nacional de Salud. (Conferencia dictada en sesión ordinaria ACVE de 26.4.2011).
- Rol J.A. El papel del veterinario en el Sistema Sanitario Público y su especialización en Ciencias de la Salud. Anales de la ACVE 2007;4(8):25-43.
- Rua-Domenech R. Human Mycobacterium bovis infection in the United Kingdom: Incidence, risks, control measures and review of the zoonotic aspects of bovine tuberculosis. Tuberculosis 2006; 86, 77–109
- Ruiz Muñoz E, Ferrer Aguareles JL, Villa Andrada, JM, Cantero Regalado AB, Guerrero Martín J, Gago Frutos I. La Educación para la Salud en Extremadura: una aproximación a la planificación estratégica. Salud 2000. 2006; 108: 13-19.
- Ruiz Muñoz, E et al. Algunas Experiencias de Educación para la Salud en Extremadura. Mérida: Junta de Extremadura; 2010.
- Ruiz Muñoz, E, Pérez Sánchez, R, Dávila Dávila, P, Pérez Escanilla, ME, Morales Moreno, R, Canseco Vázquez, F, et al. IV Encuentro de la Red Extremeña de Escuelas Promotoras de Salud. Mérida: Junta de Extremadura; 2010.
- Ruiz-Giménez Aguilar. Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado español. Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria. Ed. SemFYC;2005 [fecha de acceso 23 de abril de 2012]. Publicaciones [11]. http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/8/documentos13-2.pdf.
- Ley 7/2011, de 23 de marzo de Salud Pública de Extremadura. DOE núm. 59. 25 de marzo de 2011.
- Sánchez Serrano LP, Ordóñez Banegas P, Díaz García MO, Torres Frías A. Human and animal incidence of brucellosis declining in Spain. Eurosurveillance Weekly 2005; 10.
- Sanidad animal. Ley 8/2003, de 24 de abril. BOE núm. 99. 25 abril 2003.
- Scientific Opinion on Quantification of the risk posed by broiler meat to human campylobacteriosis in the EU of 2010 EFSA's BIOHAZ Panel concluded that the handling, preparation and consumption of broiler meat may directly account for 20 to 30% of human cases of campylobacteriosis in the EU.
- Scientific Opinion on Quantification of the risk posed by broiler meat to human campylobacteriosis in the EU of 2010 EFSA's BIOHAZ Panel concluded that the handling, preparation and consumption of broiler meat may directly account for 20 to 30% of human cases of campylobacteriosis in the EU.
- Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas (Madrid, Abril 2002). Organización Mundial de la Salud (OMS).
- SEPAD. Estrategia de gestión de crónicos; 2012
- Servicio Extremeño de Salud. Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Extremeño de Salud. Mérida: Servicio Extremeño de Salud; 2007.
- Servicio Extremeño de Salud. Plan Estratégico del Servicio Extremeño de Salud 2009-2012. Mérida: Servicio Extremeño de Salud. Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura; 2010.
- Servicio Extremeño de Salud. Protocolo de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género en Extremadura. SES; 2010.

- Servicio Extremeño de Salud. Protocolo de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia de Género en Extremadura. Mérida: SES, Dirección General de Salud Pública; 2010.
- Silva Santos, Mendonça Amaro Cabral Viveiro, Fernández Lisón. Curso Polimedicación y Salud. Estrategias para el abordaje integral de los pacientes polimedicados. Capítulo 6. Optimización de la adecuación terapéutica en pacientes polimedicados. Laboratorio de Prácticas Innovadoras en Polimedicación y Salud.2012-2013
- Sistema Nacional de Salud, disponible en: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad http://www.msps.es/organizacion/sns/home.htm
- Smith TJ, Hillner B E. Bending the Cost Curve in Cancer Care. N Engl J Med 2011; 364(21): 2060-2065).
- The Copenhagen Recommendations. Report from the Invitational EU Conference on The Microbial Threat. Copenhagen, Denmark, 9 - 10 September 1998.
- The EFSA Journal 2009 – 271 3/128 Food-borne outbreaks in the European Union in 2007
- Torres MD, et al. Factores etiológicos y de riesgo cardiovascular en niños extremeños con obesidad. Su relación con la resistencia a la insulina y la concentración plasmática de adipocitocinas. Rev Esp Cardiol. 2008;61(9):923-9.
- Trends and Sources of Zoonoses and Zoonotic Agents in Humans, Foodstuffs, Animals and Feedingstuffs Spain.The Report referred to in Article 9 of Directive 2003/99/EC. 2011.2010.2009.2008
- Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Comisión Europea. La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Luxemburgo-Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
- Vallejo del Campo MC, Gómez Carroza T, Jauc, A. Proyecto Intercambio Cultural de la Práctica de Enfermería, Extremadura – Alemania. Projekt Interkulturelle Pflege praktisch erlebt, Deutschland – Extremadura. Mérida: Junta de Extremadura; 2010.
- Vigilancia de las zoonosis y de los agentes zoonóticos. http://europa.eu/legislation_summaries/food_safety/animal_health/f83004_es.htm
- Vila Lluís. Prevención y control de la deficiencia de yodo en España. Rev. Esp. Salud Publica [revista en la Internet]. 2008 Ago [citado 2012 Mar 20] ; 82(4): 371-377. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000400002&lng=es
- Vilaa,, Velascob, Gonzálezc, FMoralesd, Sáncheze, Laillaf, et al. Grupo de Trabajo de Trastornos por Deficiencia de Yodo y Disfunción Tiroidea de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Endocrinologia y Nutricion 2012; 59(9): 547 -560
- Villa Andrada, JM, Ruiz Muñoz, E, Ferrer Aguareles JL. Antecedentes y Concepto de Educación para la Salud. Mérida: Junta de Extremadura; 2006.
- Vincent AL, Ma W, Lager KM, Janke BH, Richt JA. Swine influenza viruses: a North American perspective. Adv Virus Res 2008; 72:127-54.
- WHO, ICCIDD, UNICEF. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination. A Guide for programme managers. 2007. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595827_eng.pdf
- WHO. Control of the leishmaniasis: report of a meeting of the WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniases. WHO Technical Report Series 99; 2010
- WHO. Iodine Deficiency in Europe: A continuing public health problem. Anderson M, de Benoist B, Darnton-Hill I, Delange F, editors. Geneva: WHO; 2007. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/VMNIS_Iodine_deficiency_in_Europe.pdf.
- World Health Organization. Equity, Social Determinants and Public Health Programmes. Geneva: World Health Organization; 2010.
- World Health Organization. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
- World Health Organization. Global Burden of Disease, 2004 update. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html
- World Health Organization. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
- World Health Organization.Definición of a older or elderly person. Consultado 23.01.2013. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/index.htlm#
- XII Congreso de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC).Mecanismos de acción y de resistencia a los antimicrobianos.
- Young E.J. Brucellosis. In *Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Disease*, 7th edn. Mandell, G.L., Bennett, J.E., and Dolin, R. (Ed.). Churchill Livingstone; 2009
- Yvonne T.H.P. van Duynhoven, Rob de Jonge. Transmission of Helicobacter pylori : a role for food?. Bulletin of the World Health Organization 2001; 79 (5)

4. ABREVIATURAS UTILIZADAS

AFECC:	Asociación para la atención integral de Afectados de Cáncer
ACAJER:	Asociación Cacereña de Jugadores de Azar en Rehabilitación
ACCU:	Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa
ACEX:	Asociación de Celíacos de Extremadura
ACUEX	Asociación de Consumidores y Usuarios de Extremadura
ADACEX:	Asociación de Daño Cerebral Adquirido en Extremadura
ADETAEX:	Asociación en Defensa de los Trastornos Alimentarios en Extremadura
ADMO:	Asociación para la Donación de Médula Ósea de Extremadura
AE:	Atención Especializada
AECC:	Asociación Española Contra el Cáncer
AESAN:	Agencia Española de Seguridad Alimentaria
AESBIBA:	Asociación de padres con hijos con Hidrocefalia y Espina Bífida
AESLEME:	Asociación para el Estudio de la Lesión Medular Espinal
AEXAAL:	Asociación Extremeña de Alérgicos a Alimentos
AEXCAB:	Asociación Extremeña contra la Anorexia y la Bulimia
AEXEM:	Asociación Extremeña de Esclerosis Múltiple
AEXHEMO:	Asociación Extremeña de Hemofilia
AEXPE:	Asociación Extremeña de Pacientes con Espondilitis
AFAL:	Asociación Extremeña de Ayuda a Familias Afectadas de Leucemias, Linfomas, Mielomas y Aplasias y “Programa Compañía”
AFATEL:	Asociación de Familiares y amigos de personas con Trastorno Específico del Lenguaje
AFDP:	Asociación de Familiares de enfermos de Parkinson de Almendralejo
AFEAMO:	Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias de Monesterio
AFIBRODON:	Asociación de Enfermos de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica de Don Benito
AFIBROEX:	Asociación de Fibromialgia de Extremadura
AFYER:	Asociación de Fibromialgia y otras Enfermedades Reumáticas
AJUDEX:	Asociación Juvenil de Diabéticos de Extremadura
ALADINO:	Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad
ALCER:	Asociación de Lucha contra las Enfermedades Renales
ALCON:	Sistema de Información de Gestión de Alertas y Control Oficial
ALERLÁTEX:	Asociación de Alérgicos al Látex de Extremadura
ALEX:	Asociación de Laringectomizados de Extremadura
AME:	Atrofia Muscular Espinal
AMEX	Asociación de Matronas Extremeñas
AMF	Actualización en Medicina de Familia
AMISTAD:	Asociación Montehermoseña de Información sobre Toxicomanías y Ayuda al Drogodependiente
AMPA:	Asociación de Madres y Padres de Alumnos
AMV:	Asistencia a Múltiples Víctimas
ANCLEX	Asociación de Analistas Clínicos de Extremadura
ANDAH:	Asociación de Niños con Déficit de Atención e Hiperactividad
AOEDV:	Asociación Oncológica “Esperanza de Vida”
AOEX:	Asociación Oncológica de Extremadura
AOTB:	Asociación Oncológica “Tierra de Barros”
AP:	Atención Primaria
APALEX	Asociación Profesionales Cuidados Paliativos y Atención Paciente Fase Terminal
APATYRS:	Asociación Para la Ayuda al Toxicómano y su Reinserción Social
APMEX:	Asociación Profesional de Matronas Extremeñas
APNABA:	Asociación de Padres de Niños Autistas de Badajoz
APNASUREX:	Asociación de Padres de Niños Autistas del Sur de Extremadura
APPCC:	Análisis de Peligros y Puntos Críticos
APVP:	Años Potenciales de Vida Perdidos
AR:	Alto Riesgo
ARAEX:	Asociación Regional de Enfermos de Artritis de Extremadura
ARBIO:	Accidente con Riesgo Biológico
ARPE:	Asociación Regional de Parkinson de Extremadura
ASATEX:	Asociación Ataxias de Extremadura
ASEXTRAS:	Asociación Extremeña de Trasplantados
ASPERGEX:	Asociación Síndrome de Asperger de Extremadura
ASPRENDOBA:	Asociación Pro- Enfermos del Dolor de Badajoz
ATDAHNE:	Asociación de Trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad y Necesidades Especiales
ATENPRO	Servicio telefónico de Atención y Protección para víctimas de violencia de género

AUPEX	Asociación de Universidades Populares de Extremadura
AVIMEX:	Asociación de Voluntarios Informáticos Mayores de Extremadura
Aux. Enf:	Auxiliar de Enfermería
Ay. Far:	Ayudante de Farmacia
Ay. Vet	Ayudante de Veterinaria
BA:	Badajoz
BIR:	Biólogo Interno Residente
BOA:	Brote de Origen Alimentario
BOE:	Boletín Oficial del Estado
BR:	Bajo Riesgo
C.jejuni:	Campilobacter yeyuni
C.N:	Central Nuclear
CA:	Comunidad Autónoma
CADEX:	Centro de Atención a la Discapacidad de Extremadura
CAE:	Comunidad Autónoma de Extremadura
CAEX:	Comité Ciudadano Antisida de la Comunidad Extremeña
CAIBER:	Centros de Apoyo a la Investigación Biomédica en Red
CAR:	Centro de Alta Resolución
CAT:	Centro Autorizado de Tratamiento
CC:	Cáceres
CCAA:	Comunidades Autónomas
CCOO	Comisiones Obreras
CCU - 112:	Centro Coordinador de Urgencias 112
CDM:	Categorías Diagnósticas Mayores
CDPPEND:	Asociación Centro de Día para Pacientes con Enfermedades Neurológicas Degenerativas
CE:	Condensadores Evaporativos
CEDEX:	Centro de Drogodependencias de Extremadura
CEE:	Comunidad Económica Europea
CEMSATSE	Convergencia Estatal de Sindicatos Médicos y Sindicato de Enfermería
CEPROSS:	Sistema de Notificación de Enfermedades Profesionales
CESCA	Correlación entre las Entradas y las Salidas en la Consulta Ambulatoria. Grupo multiprofesional de investigación, estudio y docencia en Atención Primaria y Medicina General / de Familia
CEXFOD:	Centro Extremeño de Formación Deportiva
CH:	Centrales Humidificadoras
CHU:	Complejo Hospitalario Universitario
CHUB:	Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz
CIBER:	Centro de Investigación Biomédica en Red
CIE:	Clasificación Internacional de Enfermedades
CLP:	Classification Labelling and Packaging
CMA:	Cirugía Mayor Ambulatoria
CO:	Coria
COA:	Colegio Oficial de Abogados
COF:	Centro de Orientación Familiar
CONCAPA	Confederación Católica de Padres de Alumnos
COP:	Contaminantes Orgánicos Persistentes
CP:	Cuidados Paliativos
CPD:	Centro de Procesamiento de Datos
CREEX	Confederación Regional Empresarial Extremeña
CRL:	Centro de Rehabilitación Laboral
CRPS:	Centro de Rehabilitación Psicosocial
CRR:	Centro Residencial de Rehabilitación
CSD:	Consejería de Sanidad y Dependencia
CSI - CSIF	Central Sindical Independiente de Funcionarios
CSS:	Centros Socio Sanitarios
CSyPS:	Consejería de Salud y Política Social
DADO:	Detección de Accidentes Domésticos y de Ocio
DB:	Don Benito
DB-Vva:	Don Benito - Villanueva de la Serena
DG	Dirección General
DGPCC:	Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo
DGT:	Dirección General de Tráfico
DMD:	Distrofia Muscular de Duchenne

DOE:	Diario Oficial de Extremadura
E.:	Educación
EAC:	Equipo de Atención Continuada
EAP:	Equipo de Atención Primaria
ECJ:	Enfermedad de Creutzfeld-Jacob
ECP:	Equipo de Cuidados Paliativos
ECSyAS:	Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Social
EDADES:	Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas de España
EDO:	Enfermedad de Declaración Obligatoria
EEB:	Encefalopatía Espongiforme Bovina
EETH:	Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas
EIR:	Enfermero Interno Residente
EMAT-30:	Estudio de la Mortalidad a 30 días por Accidentes de Tráfico
ENAC:	Entidad Nacional de Acreditación
ENI:	Esquema Nacional de Interoperabilidad
Enferm:	Enfermería
ENS:	Esquema Nacional de Seguridad
EPA:	Encuesta de Población Activa
EPOC:	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EpS:	Educación para la Salud
ER:	Enfermedades Raras
ERP:	European Recyclin Platform
ERT:	Enfermedades Relacionadas con el Trabajo
ESCP:	Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos
ESCRI:	Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado
ESEX:	Emergencias Sanitarias de Extremadura
ESM:	Equipo de Salud Mental
ESMIJ:	Equipos de Salud Mental Infanto Juvenil
ESO:	Enseñanza Secundaria Obligatoria
ESP:	España
Estrategia NAOS:	Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad
ESTUDES:	Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias
ETAP:	Estación de Tratamiento de Agua Potable
EUROSTAT:	Oficina Europea de Estadística
EVN:	Esperanza de Vida al Nacer
FADEX:	Federación de Asociaciones de Diabéticos de Extremadura
FALREX:	Federación de Alcohólicos Rehabilitados Extremeños
FDS:	Ficha de Datos de Seguridad
FEACCU	Federación de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios
FEAFES:	Federación Extremeña de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental
FECYT:	Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología
FEDER:	Federación Española de Enfermedades Raras
FEMPEX:	Federación de Municipios y Provincias de Extremadura
FEVOMEX:	Federación de Voluntarios Mayores Extremeños
FEXAD:	Federación Extremeña de Atención al Drogodependiente
FEXAF:	Federación Extremeña de Asociaciones de Fibromialgia
FEXJAR:	Federación Extremeña de Jugadores de Azar en Rehabilitación
FIR:	Farmaceútico Interno Residente
FREAPA	Federación Regional Extremeña Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos de Centros Públicos
FUNDESALUD:	Fundación para la Formación e Investigación de los Profesionales de la Salud de Extremadura
G.lamblia	Giardia lamblia
GBD:	Global Burden of Disease
GFTG:	Guía Farmacoterapeútica Geriátrica
GRDs:	Grupos Relacionados con el Diagnóstico
H.:	Hospital
Hbt:	Habitantes
HD:	Hospital de Día
HDBV:	Hospital Don Benito Villanueva
HME:	Hospital de Mérida
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
HSP:	Hospital San Pedro de Alcántara
HVP:	Hospital Virgen del Puerto

I+DT+i:	Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación
ÍCARO:	Fundación Oncológica Infantil Extremeña
ICCIDD:	The International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders (Consejo Internacional para la Lucha contra los Transtornos por Carencia de Yodo)
IgA:	Inmunoglobulina A
IHAN:	Humanización de Asistencia al Nacimiento y la Lactancia
IMEX:	Instituto de la Mujer de Extremadura
INCOEX:	Instituto de Consumo de Extremadura
INE:	Instituto Nacional de Estadística
INFOCAEX:	Plan Especial de Protección Civil de Incendios Forestales de la Comunidad Autónoma de Extremadura
INFOEX	Plan de Incendios Forestales de Extremadura
INSALUD:	Instituto Nacional de la Salud
INUNCAEX:	Plan Especial de Protección Civil de Riesgos de Inundaciones para la Comunidad Autónoma de Extremadura
IPC:	Índice de Precios al Consumo
IR - GRD:	International Refined GRD
ITS:	Infecciones de Transmisión Sexual
IVE:	Interrupción Voluntaria del Embarazo
JEDES:	Juegos Extremeños de Deporte Especial
JUDEX:	Juegos Extremeños Deportivos
LID:	Límite Inferior de Detección
LIVGEX:	Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre Mujeres y Hombres y contra la Violencia de Género en Extremadura
LL:	Llerena
LL-Zf:	Llerena- Zafra
LOPD:	Ley Orgánica de Protección de datos
LTR:	Ley de Tiempos de Respuesta
m2:	Metros cuadrados
MADEX:	Marco de Atención a la Discapacidad de Extremadura
MAGRAMA:	Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente
MAS:	Mediadores de Alimentación Saludable
ME:	Mérida
MIR:	Médico Interno Residente
MR:	Medio Riesgo
Núm:	Número
NV:	Navalmoral de la Mata
OCDE:	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OEA:	Organización de los Estados Americanos
OEXSA:	Oficina Extremeña de Seguridad Alimentaria
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONG:	Organización No Gubernamental
OPIMEC	Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas
ORCPEx:	Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura
ORL:	Otorrinolaringología
OTM:	Otros Transtornos Metabólicos
PA:	Planes de Autoprotección
PAC:	Punto de Atención Continuada
PAD:	Punto de Atención a Drogodependencias
PADDI:	Plan de Atención Dental al Discapacitado Intelectual
PADIEX:	Plan de Atención Dental Infantil de Extremadura
PANOTRATSS:	Patologías No Traumáticas de la Seguridad Social causadas por el Accidente de Trabajo
PCB:	Policlorobifenoles
PCC:	Programa Común Complementario
PCPI:	Programas de Cualificación Profesional Inicial
PCT:	Policloroterfenilo
PDPCM:	Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama
PEE:	Planes de Emergencia Exterior
PEMU:	Planes de Emergencia Municipales
PENCA:	Plan de Emergencia Nuclear Exterior a la Central Nuclear de Almaraz
PERSEO:	Programa Piloto Escolar de Referencia para la Salud y el Ejercicio contra la Obesidad
PIB:	Producto Interior Bruto

PICA:	Plan Integral contra el cáncer
PIDCA:	Plan Integral sobre Drogas y Otras Conductas Adictivas de Extremadura
PIDISA:	Plan Plurianual de Investigación, Desarrollo e Innovación en materia de Seguridad Alimentaria
PIEC:	Plan Integral sobre Enfermedades Cardiovasculares de Extremadura
PIER:	Plan Integral de Enfermedades Raras
PIEVI:	Programa de Intervención Especializada en Violencia Intrafamiliar
PIR:	Psicólogo Interno Residente
PIREX:	Plan Integral de Residuos de Extremadura 2009 – 2015
PISM:	Plan Integral de Salud Mental
PKU:	Fenilcetonuria
PL:	Plasencia
PLASISMEX:	Plan Especial de Protección Civil ante el Riesgo Sísmico de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
PLATERCAEX:	Plan Territorial de Protección Civil de la Comunidad Autónoma de Extremadura
PLISALAB:	Plan Integral de Salud Laboral
PMC- SSPE:	Plan Marco de Calidad del Sistema Sanitario Público de Extremadura
PMC:	Plan Marco de Calidad
PMEpS:	Plan Marco de Educación para la Salud
Pmp	Por millón de población
PMSA:	Plan Marco de Seguridad Alimentaria
PNCOCA:	Plan Nacional de Control Oficial de la Cadena Alimentaria
PNIR:	Plan Nacional de Investigación de Residuos
PPCTTEX:	Plan de Prevención, Control y Tratamiento del Tabaquismo en Extremadura
Pr. Univ:	Profesor universitario
PRCP:	Programa Regional de Cuidados Paliativos
PRCPEX:	Plan Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura
PREDYCES:	Prevalencia de la Desnutrición Hospitalaria y Costes Asociados en España
PRM:	Problemas Relacionados con los Medicamentos
Programa IDRE:	Programa Integral de Recuperación de Mujeres Víctimas de Violencia de Género
PS:	Pisos Supervisados
PSE:	Plan de Salud de Extremadura
PTAIA:	Plan Territorial del Área de Influencia de Alqueva
PUAC:	Punto Unificado de Atención Continuada
PVRA:	Plan de Vigilancia Radiológica Ambiental
PYME:	Pequeña Y Mediana Empresa
RADIOCAEX:	Plan Especial de Protección Civil ante el Riesgo Radiológico de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
RAM:	Resistencia a los Antimicrobianos
RASVE:	Red de Alerta Sanitaria Veterinaria
RD:	Real Decreto
REACH:	System of Registration Evaluation and Authorisation of Chemicals
Red CLEEN:	Red Europea de Ejecución de la Legislación Química (Chemical Legislation European Enforcement NetworK)
RED VOLUCPALEX:	Red de Voluntarios de Cuidados Paliativos de Extremadura
REDMO:	Registro de Donantes de Médula Ósea
Registro EERR:	Registro de Enfermedades Raras
RELSA:	Red Española de Laboratorios de Seguridad Alimentaria
REM:	Red de Estaciones de Muestreo
REPICA:	Red Extremeña de Protección e Investigación de la Calidad del Aire
REVIRA:	Red de Vigilancia Radiológica Ambiental
RExEpS:	Red Extremeña de Escuelas Promotoras de Educación para la Salud
ROESP:	Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Plaguicidas
RUMI:	Registro Unificado de Maltrato Infantil
S.O.R:	Sin Obligación de Notificación
S.pnemoniae:	Streptococo pneimoniae
SAAD	Sistema para la Autonomía personal y Atención a la Dependencia
SACAC:	Sistemas de Agua Climatizada con Agitación Constante
SACSAR:	Sistemas de Agua Caliente Sanitaria con Acumulador y Circuito de Retorno
SADEX	Sociedad de Aparato Digestivo de Extremadura
SANDACH	Subproductos Animales No Destinados al Consumo Humano
SCIRI:	Sistema de Intercambio Rápido de Información
SE:	Servicios de Emergencia

SEAR	Sociedad Extremeña del Aparato Respiratorio
SECIR	Sociedad Extremeña de Cirugía
SEDAP	Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria.
SEDEN	Sociedad Extremeña de Endocrinología y Nutrición
SEDI	Sociedad Extremeña de Diabetes
SEFYCEX	Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Extremadura
SEMERGEN	Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista
SEMES	Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias en Extremadura
SEMFYR	Sociedad Extremeña de Medicina Física y Rehabilitación
SEMG	Sociedad Extremeña de Medicina General
SEMICYUC	Sociedad Extremeña de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias
SENEF	Sociedad Extremeña de Nefrología
SENPE:	Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral
SEOM:	Sociedad Española de Oncología Médica
SEPAD:	Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia
SEPAT	Sociedad Extremeña de Profesionales para el Abordaje de Tabaquismo
SES	Servicio Extremeño de Salud
SEXHTA	Sociedad Extremeña de Hipertensión Arterial
SEXMFYC	Sociedad Extremeña de Medicina Familiar y Comunitaria
SEXNE	Sociedad Extremeña de Neurología
SIAE:	Sistema de Información de Atención Especializada
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIE:	Sistema Integral de Emergencias
SIGFITO:	Sistema Integral de Gestión de Residuos Fitosanitarios
SIGMACE:	Programa Informático de control, gestión y evaluación
SIGNUS:	Sistema Integral de Gestión de Neumáticos Usados
SIM:	Sistema de Información Microbiológica
SINEX	Sociedad Independiente de Neurocirugía Extremeña
SINIVIH:	Sistema de Información de Nuevas Infecciones por VIH
SIRIPQ:	Sistema de Intercambio Rápido de Información de Productos Químicos
Sist:	Sistema
Sistema PAPI	Sistema de Punto de Acceso a Proveedores de Información
SNS:	Sistema Nacional de Salud
SOGGEX	Sociedad Extremeña de Geriatría y Gerontología
SPAOYEX:	Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura
SPAPEX:	Sociedad de Pediatría de Atención Primaria
SPFAR:	Seguimiento de la Prescripción Farmacéutica
SSB:	Servicios Sociales de Base
SSCC:	Servicios Centrales
SSPE	Sistema Sanitario Público de Extremadura
ST:	Secretaría Técnica
SUH:	Servicio de Urgencias Hospitalarias
SVA:	Soporte Vital Avanzado
SVAT:	Soporte Vital Avanzado Terrestre
SVB:	Soporte Vital Básico
T. Lab:	Técnico Laboratorio
T. Limp:	Trabajo de Limpieza
TBC:	Tuberculosis
TER:	Técnico Especialista en Radiodiagnóstico
TIAs:	Brotes epidémicos de etiología alimentaria
TIC:	Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
TNU:	Tratamiento de Neumáticos Usados
TR:	Torres de Refrigeración
Tr. Agr:	Trabajador Agropecuario
Tr. Av:	Trabajo Avícola
TRANSCAEX:	Plan Especial de Protección Civil de la Comunidad Autónoma de Extremadura sobre Transportes de mercancías peligrosas por Carretera y Ferrocarril.
TSH:	Tirotropina
TSI :	Tarjeta Sanitaria Individual
Tto	Tratamiento
UBD	Unidad de Biblioteca y Documentación
UCE	Unión de Consumidores de Extremadura

UCI:	Unidad de Cuidados Intensivos
UCP:	Unidad de Cuidados Paliativos
UE	Unión Europea
UEX:	Universidad de Extremadura
UGT	Unión General de Trabajadores
UHB:	Unidad de Hospitalización Breve
UME:	Unidad Medicalizada de Emergencia
UMT:	Unidad Mínima de Tratamiento
UMTS:	Unidades Medicalizadas de Transporte Secundario
UNICEF:	United Nations Children´s Fund (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia)
UP	Urgencia con horario Parcial
URH:	Unidades de Rehabilitación Hospitalaria
USB:	Unidad de Salud Bucodental
UTCA:	Unidad de Transtornos de la Conducta Alimentaria
Veter:	Veterinario
VHB:	Virus de la Hepatitis B
VIH:	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VIR:	Vehículo de Intervención Rápida
VPH:	Virus del Papiloma Humano
VVA:	Villanueva de la Serena

5. COLABORADORES

5.1 COMITÉ TECNICO DEL PLAN DE SALUD DE EXTREMADURA 2013-2020

5.2 CONSEJO EXTREMEÑO DE SALUD

5.3 GRUPOS DE TRABAJO DE EXPERTOS:

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Acedo Grande, María Soledad
Álvarez Díaz, María del Mar
Amador Galván, Manuel
Arnao Telesforo, Lorenzo
Barriga Medina, Francisco José
Cardenal Murillo, José Ignacio
Carmona Torres, Concepción
Chaves Sánchez, Alberto
García Fernández, María del Mar
López García, Rosa
Mateos Gala, Alberto
Méndez Sánchez, Fabiola
Molina Alén, Estefanía
Molina Barragán, Eugenio
Molinero San Antonio, Eva María
Monereo Iglesias, Alfredo
Prieto Acero, Matilde
Ramos Aceitero, Julián Mauro
Sánchez Chorro, José Luis
Tomé Pérez, Yolanda
Valverde Calvo, Taciana
Vas Falcón, Antonia María
Vázquez Mateos, Julio
Zarallo Barbosa, Tomás

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Casado Naranjo, Ignacio
Comellas Nicolás, Manuel
Félix Redondo, Francisco
González Guerrero, José Luis
Hormeño Bermejo, Rosa
Marcos Gómez, Gonzalo
Merchán Herrera, Antonio
Molina Barragán, Eugenio
Ramírez Moreno, José María
Robles Pérez, Nicolás Roberto
Salete de Miguel, Gloria María
Vázquez Mateos, Julio

CÁNCER

Borrega García, Pablo
Groiss Buiza, Jorge
Lázaro Pérez, Luis Martín
Molina Alén, Estefanía
Pintor Trebejo, María Isabel
Prieto Acero, Matilde
Risco Santiago, María Encarnación
Ruiz Muñoz, Eulalio
Sánchez de Cos Escuin, Julio
Zamorano Quirantes, José
Zarallo Barbosa, Tomás

SALUD MENTAL

Álvarez Arroyo, Sonia
Arias Jiménez, Ángela
Artacho Aznar, María Esther
Casado Rabasot, María de la Paz
Galán Moreno, Fernando
Lorenzo Bragado, María Josefa
Martín Recuero, Luis
Méndez Sánchez, Fabiola
Mora Mesa, Juan José
Moreno Bartolomé, Coronada
Norberto Gamero, María Jesús
Pizarro Valle, Basilia
Rebollo Ambrosio, María Asunción
Rodríguez Pérez, Beatriz
Sanz de la Torre, Juan Carlos
Torres Cortés, Rosa
Valverde Calvo, Taciana

DROGODEPENDENCIAS Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS

Cabrera Nieto, Joaquín
Donaire García, Javier
Gallardo Becerra, Antonia
Hidalgo Ortiz, Francisca
Llera Alonso, Guadalupe
Reviriego Rolo, Román
Sánchez Tena, Sila
Santos Cansado, José Antonio
Tena Cinto, Ana Isabel
Vas Falcón, Antonia María
Vázquez Fernández, Urbano

ACCIDENTES

Amador Fernández, Miguel Ángel
Amador Galván, Manuel
Bartivas Cerezo, Sonia
Cancho Falcón, Manuel
Carpallo Garachona, María Isabel
Pérez Castán, José Fernando
Ramos Aceitero, Julián Mauro
Rodríguez Izquierdo, Pedro Agustín
Vadillo Martínez, Pedro Blas

VIOLENCIAS

Álvarez Díaz, María del Mar
Amador Galván, Manuel
Amor Muñoz, María José
Arnao Telesforo, Lorenzo
Bartivas Cerezo, Sonia
Cabanillas Ruíz, Macarena
Casado Blanco, Mariano
García Fernández, María del Mar
Guerrero Martín, Jorge
Justo Gonçalves, Marga Joao
López Carrasco, Juan Antonio
Mogena Fernández, Ana
Ortega Rodríguez, Milagrosa
Royo García, Montaña

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CRÓNICAS. EPOC

Barquero Romero, José
Bermudo Benito, Ezequiel
Espigares Arroyo, Manuel Agustín
Fernández Ochoa, Gerardo
García de Vinuesa Broncano, Germán
Masa Jiménez, Juan Fernando
Monereo Iglesias, Alfredo
Pérez Fernández, Antonio Manuel
Ramajo Pavo, Ana Isabel
Sojo González, Manuel Agustín
Vázquez Fernández, Urbano

ENFERMEDADES ENDOCRINOMETABÓLICAS. DIABETES, OBESIDAD, BOCIO

Enciso Izquierdo, Fidel
Galán Gómez, Enrique
García Gallego, Francisco
López Gómez, María José
Manzano Alonso, Isabel
Olmo Vergel, María Antonia
Parra Barona, Juan
Pérez Escanilla, Mª Eugenia
Suero Villa, Pedro
Surribas Murillo, Concepción
Tomé Pérez, Yolanda

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Álvarez Díaz, María del Mar
Antolín Rodríguez, Juan Damián
Briz Blázquez, Santiago
Cerrillo Cruz, Antonio Andrés
Dávila Dávila, María del Pilar
Gago Frutos, Isidoro
García Garrans, José Miguel
González Ramírez, Gustavo
González Velasco, Carmen
Moreno Moreno, Juan José
Muñoz Sanz, Agustín
Nieto Muñoz, Mercedes
Redondo López, José María
Rodríguez Rodríguez, Guadalupe
Ruíz Muñoz, Eulalio

ENFERMEDADES RARAS

Arroyo Carrera, Ignacio
Barriga Medina, Francisco José
Bermejo Pastor, Miguel
Botejara Sanz, Amparo
Cordero Torres, Remigio
Cordón Arroyo, Ana María
de San Carlos Borja, David
Galán Gómez, Enrique
Mayoral Rivero, Estrella
Molinero San Antonio, Eva María
Remón Álvarez-Arenas, Jesús María
Romero Requena, Jorge Manuel
Sánchez Chorro, José Luis

ZOONOSIS

Alegre Amor, Pedro
Bravo Rodríguez, Mª del Mar
Bureo Dacal, Juan Carlos
Carazo Morugán, Joaquín
Cárdeno Vargas, José Luis
Enrique González, Juan Isaac
Fajardo Olivares, Miguel
García Lucas, Antonio
García Muñoz, Félix
González Breña, Carlos
Grande Murillo, Ana
Hermoso de Mendoza Salcedo, Javier
Pérez Escanilla, Luis Miguel
Pérez Martín, Enrique
Ramos Aceitero, Julián Mauro
Rey Blázquez, Joaquín
Reyes Galán, Aurelia
Tato Jiménez, Ángel
Trejo Suárez, Eva María

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. EpS

Cordón Arroyo, Ana María
Dávila Dávila, Pilar
Fernández Osuna, Nuria
García Rubio, María Belén
García Sandoval, Carmen
Guerrero Martín, Jorge
Luengo Pérez, Luis Miguel
Pérez Escanilla, Luis Miguel
Pérez Escanilla, María Eugenia
Rodríguez Pardo, Diego
Ruiz Muñoz, Eulalio
Suárez González, Félix
Zambrano Ramírez, Raquel

SEGURIDAD ALIMENTARIA

Chaves Sánchez, Alberto
Díaz Mancha, Pilar
Galván Pérez, Manuel
Garrido Correa, Manuel Ignacio
Guisado Palmerín, Inés
Mahillo Sánchez, Vicente
Menaya Moreno, Carmen
Moreno Muñoz, José Carlos
Moriano Gómez, Pedro
Ramos Galea, Javier
Ruiz Balsera, Elena
Sánchez Moreiro, Marco Aurelio
Sanz Jiménez, Cristina
Serrano Bravo, Alejandro
Trinidad Collado, Luis

SALUD AMBIENTAL

Acedo Grande, María Soledad
Contreras Ledo, Marina
Fernández Carrillo, Domingo
Laso Martínez, María Teresa
Senra Crespo, Juan Carlos
Viejo Cordero, María Teresa

SALUD INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE

Galán Gómez, Enrique
Gómez Málaga, Cecilia
Manzano Alonso, Isabel
Olmo Vergel, María Antonia
Pérez Escanilla, María Eugenia
Remón Álvarez-Arenas, Jesús María
Rincón Asensio, Montserrat
Rueda García, Jesús
Tomé Pérez, Yolanda
Vilela Serrano, Antonio

SALUD DE LA MUJER

Cordón Arroyo, Ana María
Daza Bertrand, Manuel
Galán Gómez, Enrique
García Fernández, María del Mar
Guerrero Martín, Jorge
Justo Gonçalves, Marga Joao
López García, Rosa
López Gómez, María José
Molina Alén, Estefanía
Olmo Vergel, María Ascensión
Peinado Rodríguez, María Teresa
Vázquez Rafael, Mª Josefa Dolores
Zamora Domínguez, Susana

SALUD DEL ADULTO

Alonso Núñez, María del Carmen
Cortés Baró, Ramón
González Flores, Pedro
Olivera Santa Catalina, Lorena
Parejo Hernández, Elia del Pilar
Ruíz Muñoz, Eulalio
Salete de Miguel, Gloria María

SALUD DEL MAYOR

Alonso Núñez, María del Carmen
Cortés Baró, Ramón
González Flores, Pedro
Molina Alén, M. Estefanía
Olivera Santa Catalina, Lorena
Parejo Hernández, Elia del Pilar
Ruíz Muñoz, Eulalio
Salete de Miguel, Gloria María

SALUD LABORAL

Anes del Amo, María Yolanda
Briz Blázquez, Santiago
Campos Acedo, Rosa María
Castelao Caldera, María del Carmen
González Martos, José Javier
López García, Petra
Madera Sanguino, María del Carmen
Rajo Ramos, Francisco Javier
Vasco Ruiz, Luisa Fernanda
Viciana Clemente, Javier

PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN Y GESTIÓN SANITARIAS

Alonso Pérez, Fátima
Bravo Gallego, Juan
Cordero Carrasco, Juan Luis
Corchero Madruga, Dolores
García Guerrero, Joaquín
Granado García, José Manuel
Hernández Carrón, Luis Alfonso
Herrera Santa Cecilia, Cristina
Laguna Álvarez, Eduardo
Martín Alonso, Nicolás
Molina Alén, Mª Estefanía
Ordóñez Carbajal, Mª José
Santos Hidalgo, César
Seguín Kattán, Carmen
Vazquez Mateos, Julio
Vega Ávila, Antonio

SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA Y SOCIOSANITARIA

Arnao Telesforo, Lorenzo
Cabanillas Ruiz, Macarena
Cuartero Sáez, Rosa
Fernández Rosco, José Luis
Mateos Gala, Alberto
Morales Moreno, José Antonio
Prieto Acero, Matilde
Puerto Pino, Presentación
Pulido Pérez, Ana Rosa
Rubio García, Francisco Javier
Torres Fernández, Carlota

SISTEMA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS

Amador Fernández, Miguel Ángel
Cardenal Falcón, Miguel
Gómez Roig, Germán
Macías Pérez, María Teresa
Pardo Antúnez, José María
Pons García, Ángel

CUIDADOS PALIATIVOS

Alonso Prado, María Eulalia
Alonso Ruíz, María Teresa
Blanco Guerrero, Mercedes
Cobián Prieto, Milagros
Encinas Martínez, Paloma
González Cañamero, Petra
Hernández García, Patricia
Lázaro Pérez, Luis Martín
Pérez Asensio, Raúl
Rodríguez García, Carmen
Solano Pallero, María
Valverde Calvo, Taciana

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

Ambel Carracedo, Pilar
Barragán Gómez-Coronado, Carlos
Carmona Torres, Concepción
Díaz Guisado, Jesús
García Martínez, Aurelia María
Sánchez Chorro, José Luis
Zambrano Casimiro, María

CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DEL SSPE. SEGURIDAD DEL PACIENTE

Álamos Carrión, Aurelio
Anes del Amo, María Yolanda
Arnao Telesforo, Lorenzo
Barrera Martín Merás, Antonio
Bel Barragán, Julieta Gisela
Castelao Caldera, María del Carmen
Gallego Torres, Antonio
García Urra, Fernando
González Blanco, Pedro
Martín Clemente, Gabriel
Rodríguez Pérez, Beatriz
Ruso Benavente, José Manuel
Sánchez García, José Antonio
Sánchez Pablos, María José
Sanz Marca, Antonio
Saponi Cortés, José María Rafael

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Anes del Amo, María Yolanda
Barriga Medina, Francisco José
Carapeto Márquez de Prado, Ricardo
Cardenal Murillo, José Ignacio
Cortés Mancha, Mercedes
Fernández López, María Dolores
Gómez de Tejada Moreno, Elvira
González Martos, Luis
Martín de Marcos, Serafín
Maynar Mariño, Ignacio
Salguero Chaves, Emilio
Sánchez García, María del Mar

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

Almena Acedo, Mª Ángeles
Arnao Telesforo, Lorenzo
Artacho Aznar, Esther
Cabanillas Ruiz, Macarena
Cortés Baró, Ramón
Dávila González, Pilar
Manzanedo Conde, Yolanda
Merino Rubio, Álvaro
Moreno Bartolomé, Coronada
Muñoz Rodríguez, Visitación
Pizarro Valle, Basilia
Salas Moreno, Domingo
Torres Lagar, Carmen
Valverde Calvo, Taciana

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

Blázquez Vázquez, María del Carmen
del Rey Lobos, Rosa
del Viejo Marroquín, Rafaela
Ferrer Aguareles, José Luis
Galán Macías, Carmen
Hernández Rodríguez, Teodoro
Higueras Plaza, María Victoria
Palomo Cobos, Luis
Sánchez Ortega, Miguel
Zamorano Quirantes, José

5.4 SECCIÓN DEL PLAN DE SALUD

Amador Galván, Manuel
Molina Alén, Estefanía
Tomé Pérez, Yolanda

6. OTROS PARTICIPANTES

ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA

Presidencia de la Junta de Extremadura:
- Presidente
- Vicepresidencia y Portavocía
- Coordinador General de la Presidencia y de Relaciones Institucionales
- Dirección General de Deportes
- Instituto de la Juventud
- Consejo de la Juventud

Consejería de Empleo, Empresa e Innovación
Consejería de Administración Pública
Consejería de Economía y Hacienda
Consejería de Fomento, Vivienda, Ordenación del Territorio y Turismo
Consejería de Agricultura, Desarrollo Rural, Medio Ambiente y Energía
Consejería de Educación, y Cultura
Consejería de Salud y Política Social

ADMINISTRACIÓN CENTRAL

Delegación del Gobierno de Extremadura
Delegación del Gobierno de Extremadura. Área Funcional de Agricultura
Delegación del Gobierno de Extremadura. Área Funcional de Industria y Energía
Delegación del Gobierno de Extremadura. Área Funcional de Sanidad
Delegación del Gobierno de Extremadura. Área Funcional de Trabajo y Asuntos Sociales
Subdelegación del Gobierno de Extremadura (Badajoz)
Subdelegación del Gobierno de Extremadura (Cáceres)
Jefatura Provincial de Tráfico de Badajoz
Jefatura Provincial de Tráfico de Cáceres
Confederación Hidrográfica del Guadiana
Confederación Hidrográfica del Tajo

ADMINISTRACIÓN LOCAL

Excma. Diputación Provincial de Badajoz
Excma. Diputación Provincial de Cáceres
Federación de Municipios y Provincias de Extremadura (FEMPEX)

ASOCIACIONES Y FEDERACIONES RELACIONADAS CON LA SALUD

Federación Extremeña de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES- EXTREMADURA)
Asociación Extremeña contra la Anorexia y la Bulimia (AEXCAB)
Asociación en defensa de los Trastornos Alimentarios en Extremadura (ADETAEX)
Asociación de niños con déficit de Atención e Hiperactividad (ANDAH)
Asociación de Trastorno del déficit de atención e hiperactividad y necesidades especiales (ATDAHNE)
Federación de Alcohólicos Rehabilitados Extremeños (FALREX)
Federación Extremeña de Jugadores de Azar en Rehabilitación (FEXJAR)
Asociación Cacereña de Jugadores de Azar en rehabilitación (ACAJER)
Federación Extremeña de Atención al Drogodependiente (FEXAD)
Asociación para la ayuda al Toxicómano y su Reinserción Social (APATYRS)
Asociación “Camino a la vida” de Montijo
Asociación Montermoseña de Información sobre Toxicomanías y ayuda al Drogodependiente (AMISTAD)
Asociación Española contra el Cáncer. Delegación Provincial de Cáceres (AECC)
Asociación Española contra el Cáncer. Delegación Provincial de Badajoz (AECC)
Asociación Oncológica “Tierra de Barros” (AOTB)
Asociación Extremeña de Ayuda a Familias Afectadas de Leucemias, Linfomas, Mielomas y Aplasias y “Programa Compañía” (AFAL)
Asociación para la Donación de Médula Ósea y Cordón Umbilical de Extremadura (ADMO)
Asociación Oncológica Extremeña (AOEX)
Asociación de Laringectomizados de Extremadura (ALEX)
Fundación Oncológica Infantil Extremeña (ÍCARO)
Asociación Oncológica “Esperanza de Vida” (AOEDV)
Asociación Oncológica “Juan Víctor”

Asociación para la atención integral de Afectados de Cáncer (AFECC)
Federación de Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Extremadura
Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias de Monesterio
Asociación Extremeña de Esclerosis Múltiple (AEXEM)
Asociación para el estudio de la Lesión Medular Espinal (AESLEME)
Asociación Ataxias de Extremadura (ASATEX)
Asociación Centro de Día para pacientes con enfermedades Neurológicas Degenerativas (CDPPEND)
Asociación Regional de Parkinson de Extremadura (ARPE)
Asociación de Familiares de enfermos de Parkinson de Almendralejo (AFDP)
Asociación de padres de niños autistas del Sur de Extremadura (APNASUREX)
Asociación de Daño Cerebral adquirido en Extremadura (ADACEX)
Asociación de lucha contra las enfermedades Renales (ALCER-BADAJOZ)
Asociación para la lucha contra las enfermedades Renales (ALCER- CÁCERES)
Federación de Asociaciones de Diabéticos de Extremadura (FADEX)
Asociación Juvenil de Diabéticos de Extremadura (AJUDEX)
Asociación de Celiacos de Extremadura (ACEX)
Asociación de Fenilcetonuria (PKU) y otros Trastornos Metabólicos (OTM) de Extremadura
Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER- EXTREMADURA)
Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa de Extremadura (ACCU EXTREMADURA)
Asociación de Afectados de Silicosis
Asociación “Respira Bien”
Federación Extremeña de Asociaciones de Fibromialgia (FEXAF)
Asociación de Fibromialgia de Extremadura (AFIBROEX)
Asociación de Enfermos de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica de Don Benito (AFIBRODON)
Asociación de Fibromialgia y otras enfermedades reumáticas (AFYER)
Asociación Regional de Enfermos de Artritis de Extremadura (ARAEX)
Asociación Extremeña de Pacientes con Espondilitis (AEXPE)
Comité Ciudadano Antisida de la Comunidad Extremeña (CAEX)
Asociación de Alérgicos al Látex de Extremadura (ALERLÁTEX)
Asociación Extremeña de Alérgicos a Alimentos (AEXAAL)
Asociación Extremeña de Trasplantados (ASEXTRAS)
Asociación Síndrome de Asperger de Extremadura (ASPERGEX)
Asociación Pro- Enfermos del Dolor de Badajoz (ASPRENDOBA-EXTREMADURA)
Asociación de Pacientes y Familiares de Arroyo de la Luz
Asociación de padres de niños Autistas de Badajoz (APNABA)
Asociación de Familiares y amigos de personas con trastorno específico del lenguaje (AFATEL- EXTREMADURA)
Asociación de padres con hijos con Hidrocefalia y Espina Bífida (AESBIBA)
Asociación Extremeña de Hemofilia (AEXHEMO)

COLEGIOS PROFESIONALES

Colegio Oficial de Biólogos de Extremadura
Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Badajoz
Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Cáceres
Colegio Oficial de Enfermería de Badajoz
Colegio Oficial de Enfermería de Cáceres
Colegio Oficial de Farmacéuticos de Badajoz
Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cáceres
Colegio Oficial de Médicos de Badajoz
Colegio Oficial de Médicos de Cáceres
Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Extremadura
Colegio Oficial de Podólogos de Extremadura
Colegio Oficial de Psicólogos de Extremadura
Colegio Oficial de Veterinarios de Badajoz
Colegio Oficial de Veterinarios de Cáceres
Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Extremadura
Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Extremadura
Colegio Oficial de Licenciados en Educación Física y en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte de Extremadura
Colegio Oficial de Educadores y Educadoras Sociales de Extremadura

ORGANIZACIONES SINDICALES

Central Sindical Independiente de Funcionarios (CSI-CSIF)
Convergencia Estatal de Sindicatos Médicos y Sindicato de Enfermería (CEMSATSE)
Comisiones Obreras (CC.OO.)
Unión General de Trabajadores (UGT)

OTRAS ASOCIACIONES E INSTITUCIONES

Confederación Católica de Padres de Alumnos (CONCAPA Extremadura)
Confederación Regional Empresarial Extremeña (CREEX)
Federación de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios (FEACCU)
Federación Regional Extremeña Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos de Centros Públicos (FREAPA)
Unión de Consumidores de Extremadura (UCE)
Asociación de Consumidores y Usuarios de Extremadura (ACUEX)
Asociación de Universidades Populares de Extremadura (AUPEX)
Cruz Roja Española de Badajoz
Cruz Roja Española de Cáceres

SOCIEDADES Y ASOCIACIONES CIENTÍFICAS

Asociación Científica Médica Coloquios Médicos Quirúrgicos de Zafra
Asociación de Matronas Extremeñas (AMEX)
Asociación Profesional de Matronas Extremeñas (APMEX)
Asociación Médicos Especialistas en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica Dolor
Asociación de Radiólogos de la Región Centro, Delegación de Extremadura (Arc) Seram
Asociación de Riesgo Cardiovascular de Extremadura
Asociación Extremeña de Planificación Familiar y Sexualidad
Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública
Asociación Profesionales Cuidados Paliativos y Atención Paciente Fase Terminal (APALEX)
Sociedad de Alergología e Inmunología Clínica de Extremadura
Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Extremadura (SEFYCEX)
Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura (SPAPEX)
Sociedad de Urología de la Comunidad Extremeña
Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias en Extremadura (SEMES)
Sociedad Extremeña de Anatomía Patológica
Sociedad Extremeña de Cancerología
Sociedad Extremeña de Cardiología
Sociedad Extremeña de Cirugía (SECIR)
Sociedad Extremeña de Dermatología
Sociedad Extremeña de Endocrinología y Nutrición (SEDEN)
Sociedad Extremeña de Diabetes (SEDI)
Sociedad Extremeña de Hematología y Hemoterapia
Sociedad Extremeña de Hipertensión Arterial (SEXHTA)
Sociedad Extremeña del Aparato Respiratorio (SEAR)
Sociedad Extremeña de Medicina Familiar y Comunitaria (SEXMFYC)
Sociedad Extremeña de Medicina Física y Rehabilitación (SEMFYR)
Sociedad Extremeña de Medicina General (SEMG)
Sociedad Extremeña de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)
Sociedad Extremeña de Medicina Interna
Sociedad Extremeña de Medicina Nuclear
Sociedad Extremeña de Nefrología (SENEF)
Sociedad Extremeña de Neurocirugía
Sociedad Extremeña de Neurología (SEXNE)
Sociedad Extremeña de Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial
Sociedad Extremeña de Profesionales para el Abordaje de Tabaquismo (SEPAT)
Sociedad Extremeña de Traumatología y Cirugía Ortopédica
Sociedad Independiente de Neurocirugía Extremeña (SINEX)
Sociedad Oncológica Extremeña
Sociedad Extremeña de Diabetes (SEDI)
Sociedad de Aparato Digestivo de Extremadura (SADEX)
Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista en Extremadura (SEMERGEN)
Sociedad Extremeña de Geriatría y Gerontología (SOGGEX)
Asociación Extremeña de Medicina del Trabajo
Sociedad de Ginecología Extremeña
Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental de Extremadura (SPAOYEX)

UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital Infanta Cristina
Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional de Cáceres
Centro Universitario de Mérida. Grado de Enfermería
Centro Universitario de Plasencia. Grado en Podología
Centro Universitario de Plasencia. Grado en Enfermería
Facultad de Biología (Facultad de Ciencias)
Facultad de Ciencias del Deporte
Facultad de Educación
Facultad de Formación del Profesorado
Facultad de Informática (Escuela Politécnica)
Facultad de Medicina
Faculta de Medicina. Escuela Universitaria de Fisioterapia
Facultad de Medicina. Escuela Universitaria de Enfermería
Facultad de Veterinaria
Escuela Universitaria de Formación del Profesorado “Santa Ana”
Rectorado de la Universidad de Extremadura