



Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Informe anual del Sistema Nacional de Salud

2006



CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

La población de la Región de Murcia, a 1 de enero de 2006 (Instituto Nacional de Estadística), ascendía a 1.370.306 habitantes, de los cuales 697.027 eran hombres y 673.279, mujeres. Respecto al año anterior, la población ha tenido una variación absoluta de 34.514 personas, dato que la sitúa en sexto lugar en cuanto a crecimiento, tanto en la comparativa por provincias como por comunidades autónomas. El crecimiento relativo (2,58 %) indica, junto con la cifra anterior, que en la región se mantiene un crecimiento importante y que es la comunidad autónoma con mayor crecimiento relativo de España.

La población de la región representa el 3,06 % en el total de la de España (44.708.964 personas) y cuenta con mayor número de hombres que de mujeres (índice de masculinidad del 1,04) hasta el intervalo de 50 a 54 años. A partir de éste se invierte la relación y predominan las mujeres en los intervalos restantes.

Según la información contenida en la base de datos de las tarjetas sanitarias, a 31 de diciembre de 2006, el Servicio Murciano de Salud protege a un total de 1.359.516 personas y más de un tercio de dicha población corresponde al Área de Salud de Murcia. Por municipios, en los de Murcia y Cartagena se concentra mayor población, pues ésta representa el 45,65 % de la existente en la región.

En cuanto a la población extranjera, son 189.053 las personas empadronadas en la región, con una proporción (13,8 %) superior a la de España (9,3 %) y que la sitúa en tercer lugar por comunidades autónomas en concentración de extranjeros.

La tasa de natalidad de la región (12,64) es superior a la de España (9,98), la población joven –con edades comprendidas entre los 15 y los 29 años– presenta un índice del 22,93 %, valor superior al nacional (20,35 %). Y el índice que presenta la población mayor de 60 años (17,81 %) es inferior al valor nacional (21,22 %). Estos datos indican que la aportación demográfica de la región contribuye, sensiblemente, a mejorar la del ámbito nacional.

La economía regional ha mantenido su crecimiento durante 2006 (incremento del PIB en términos reales del 4,1 %), situándose entre las cuatro comunidades punteras y con un valor superior al de la media nacional (3,9 %). Según los análisis expuestos en la Contabilidad Regional de España (CRE-2000), en el período

2000-2006 la tasa de crecimiento nacional se estima en el 3,34 %, La Región de Murcia, por su parte, tiene en el mismo período el mayor crecimiento medio (3,88 %) en términos reales. Por ramas de actividad, la región presenta unos resultados que destacan en la de construcción (crecimiento de casi el 6 %), así como en las de industria y energía agregadas (crecimiento del 4,4 %); la media nacional para éstas está en el 3,1 %.

A finales del año 2006, la tasa de paro se sitúa en el 7,9 %, cuatro décimas por debajo de la media nacional. El mercado de trabajo mantiene una evolución favorable y la región ocupa el quinto lugar, por comunidades autónomas, en relación con el aumento de ocupación.

SEGUIMIENTO DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Se han llevado a cabo las siguientes actuaciones:

Caracterización de parásitos patógenos humanos en el agua de salida de las estaciones depuradoras de aguas residuales de la Región de Murcia y su rendimiento en cuanto a la eliminación de dichos parásitos

Justificación

El desarrollo económico suele implicar la necesidad de disponer de recursos hídricos adicionales para llevar a cabo las nuevas actividades industriales o agrícolas, o para abastecer la demanda correspondiente a las actividades domésticas, turísticas y de ocio. Además, este desarrollo suele implicar un aumento de población, lo que incrementa aún más la demanda de agua. En estas circunstancias, las aguas residuales regeneradas constituyen un recurso no convencional que se ha desarrollado en las últimas décadas para tratar de resolver este problema de aumento de demanda.

No obstante, para proceder a reutilizar este recurso, se requieren las tecnologías adecuadas y unos estudios detallados en cuanto a su calidad y seguridad.

En este contexto se enclavaría el estudio de presencia de determinados parásitos humanos y animales que pueden representar, por su forma de transmisión y localización geográfica, un riesgo para la salud de determinados grupos humanos y animales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la presencia de ciertas especies de helmintos parásitos, principalmente *Ascaris lumbricoides*, *Trichiuris*

trichiura y *Ancylostoma duodenale*, en aguas residuales un riesgo importante para la salud pública en los sistemas de aprovechamiento de este tipo de aguas. Todos ellos se transmiten muy fácilmente mediante el uso de excretas y aguas residuales en estado bruto o insuficientemente tratadas en agricultura, en zonas con temperaturas de 20-30 °C y son capaces de sobrevivir en el suelo, cultivos o estanques durante períodos muy largos, incluso durante varios meses. Aparte de ello, su dosis infecciosa mínima es de sólo un microorganismo y, además, se ven muy poco afectados por la inmunidad del huésped.

Población diana

Al tratarse de una actuación para mejorar un aspecto de salud pública, la población diana sobre la cual repercutiría este estudio sería la población en general ya que en el caso de un eventual brote por contaminación cualquier persona podría resultar afectada.

La OMS, sin embargo, en su documento¹ distingue entre población general y trabajadores en contacto con la fuente ya que, al estar más expuestos, tendrían más riesgo de contagio, lo que deberá ser considerado al establecer los diferentes límites permitidos.

Características principales de su desarrollo

Este proyecto nace de un convenio entre el Departamento de Sanidad Ambiental de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia y la Entidad de Saneamiento y Depuración de la Región de Murcia (Esamur), de la Consejería de Agricultura y Agua², en respuesta a las crecientes demandas de reutilización de agua y conscientes de los riesgos que esto puede entrañar para la salud pública.

Por lo tanto, el propósito concreto de esta actuación consiste en definir e implantar un protocolo para llevar a cabo una correcta determinación de las concentraciones de estos nematodos parásitos en aguas residuales, así como evaluar la idoneidad de ampliar la detección y control a otras especies parásitas patógenas que se consideren relevantes dentro de las características particulares de la Región de Murcia.

Para ello, desde el mes de noviembre de 2006, se está procediendo a la toma de muestras en diferentes puntos de las estaciones depuradoras de aguas residuales (EDAR) de la región:

- A su salida, con el fin de emitir un informe sobre la calidad e idoneidad de las aguas que se pretenden reutilizar.
- En puntos de entrada e intermedios, para evaluar la eficacia de la estación depuradora.

Las muestras obtenidas son procesadas y analizadas en el Laboratorio Regional de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia por una persona facultativa especialista en microbiología y parasitología contratada para tal efecto.

Aspectos destacables de su implantación o aplicación

La implantación de este protocolo implicará tener un conocimiento más exacto de la realidad de esta región en esta materia, con lo que se tendrán datos reales para establecer políticas más adecuadas en cuanto a reutilización de aguas:

- Estableciendo límites más o menos restrictivos.
- Ampliando o disminuyendo las especies de parásitos por analizar.
- Autorizando o denegando diferentes usos específicos para esta agua.

En definitiva, se ofrece la posibilidad de crear una legislación más adecuada a las exigencias de la región en materia de salud pública, así como una herramienta de control e inspección para las autoridades sanitarias competentes.

Metodología utilizada para su seguimiento y evaluación. Indicadores desarrollados y/o utilizados

La OMS establece unos criterios en cuanto a las concentraciones permitidas de éstos en aguas residuales y el uso al cual pueden destinarse, así como un método de referencia para su detección, que es el método de Baillenger modificado, el que se ha tomado también en este estudio como referencia.

El procedimiento se encuentra perfectamente detallado en el *Manual de técnicas parasitológicas y bacteriológicas de laboratorio para el análisis de aguas residuales* de la OMS¹. No obstante, a grandes rasgos consiste en una serie de centrifugaciones y sedimentaciones, que consiguen concentrar los residuos no gra-

1. Análisis de aguas residuales para su uso en agricultura. Manual de técnicas parasitológicas y bacteriológicas de laboratorio. Rachel M. Ayres y D. Duncan Mara. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1996.

2. Convenio de Colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de la Consejería de Sanidad, y la Entidad Regional de Saneamiento y Depuración para la identificación de microorganismos presentes en las aguas residuales de interés sanitario (BORM núm. 38, 15/02/2006).

sos más pesados, incluyendo huevos de helmintos, larvas y protozoos, separándolos de otras materias más ligeras o grasas que dificultarían su observación. Una vez obtenida, la fase más rica en parásitos se resuspende, se anota el volumen final y se toma una alícuota que se observará al microscopio en una cámara McMaster a 10 o 40x.

El indicador utilizado para expresar los resultados es el propuesto por la OMS: *n*, que corresponde al número de huevos de nematodos intestinales por litro de agua tratada y sobre el cual la OMS establece sus recomendaciones sobre la calidad del agua y sus posibles usos.

Resultados más destacables

Esta actuación se encuentra aún en un período preliminar de desarrollo y aún no se han emitido resultados definitivos, pero se cuenta con informes periódicos de actuación.

Los resultados que se obtengan tendrán una repercusión importante en materia de salud pública en la región tal y como se ha descrito previamente en el apartado de implantación o aplicación.

Indicadores de salud en la Región de Murcia 2006

Sistema de Información Sanitaria sobre Enfermedades de Declaración Obligatoria (SISEDO) en 2006

La información global sobre la incidencia en el año 2006 de todas las enfermedades de declaración obligatoria,

así como del Sida, se publicará a lo largo del año en boletines monográficos. Además, durante el año 2006 se registraron en la región 60 brotes epidémicos. En la [tabla 1](#) se resumen los brotes investigados y el número de afectados registrados. La información detallada sobre los brotes de transmisión alimentaria en 2006 ha sido publicada en el *Boletín epidemiológico* del mes de marzo de 2007.

En la Región de Murcia, en el período 1999-2006, se declara una media anual de 209 casos de tuberculosis (rango 178-238), de los cuales las tuberculosis respiratorias representan alrededor del 83 %, las meningitis tuberculosas entre el 1 y el 3 % y las otras tuberculosis entre el 14 y el 17 % de los casos ([tabla 2](#)). La incidencia de tuberculosis en la región ha oscilado entre los 16 y los 20 casos por 100.000 habitantes durante este período de tiempo. Las tasas detectadas, tanto en Murcia como en España, son altas si se comparan con las tasas, alrededor de 5 por 100.000 habitantes, de algunos de los países europeos del entorno. Una media del 5 % de los casos de tuberculosis respiratoria y del 25 % de las otras tuberculosis corresponden a casos de Sida.

Estudio de las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares (de 12 a 16 años) en 2006

El estudio que se presenta es la continuidad de una línea de investigación iniciada en el curso escolar 1992-1993, que se está repitiendo cada 4 años y que consiste en analizar los comportamientos en la región de los escolares de 6.º de educación primaria, 2.º de educación secundaria obligatoria (ESO) y 4.º de ESO,

TABLA 1. Relación de brotes epidémicos registrados, 2006 (Murcia)

	Número de brotes	Número de casos
Infecciones e intoxicaciones alimentarias	33	342
Tuberculosis respiratoria	7	18
Hepatitis vírica	3	6
Gastroenteritis	4	32
Parotiditis	3	15
Exantema vírico	1	27
Meningitis vírica	3	6
Meningitis meningocócica	1	2
Enfermedad invasiva por <i>Streptococcus pyogenes</i>	1	2
Infestación por <i>Sarcoptes scabiei</i>	1	8
Intoxicación por pesticidas	2	60
Intoxicación por algas tóxicas	1	120
Total	60	638

De la Sección de Vigilancia Epidemiológica. Servicio de Epidemiología.

TABLA 2. Casos totales de tuberculosis y tasas de incidencia por tipo de tuberculosis declarados al SISEDO en el período 1999-2006 en Murcia y España

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Número de casos totales	178	225	209	209	193	209	238	213
Número de casos y porcentaje de tuberculosis respiratoria	145 (81)	188 (83,5)	174 (83,3)	174 (83,3)	159 (82,4)	175 (83,7)	196 (82,3)	175 (82,2)
Número de casos y porcentaje de meningitis tuberculosa	2 (1,1)	4 (1,7)	2 (0,95)	3 (1,4)	4 (2)	3 (1,4)	7 (2,9)	4 (1,9)
Número de casos y porcentaje de otras tuberculosis	31 (17,4)	37 (16,5)	35 (16,7)	32 (15,3)	30 (15,5)	31 (14,8)	35 (14,7)	34 (15,9)
Incidencia*	15,8	19,9	18,5	17,5	15,7	16,5	18,38	15,9
Incidencia en España	21,1	19,9	18,8	18,1	17,3	16,3	18,2	nd

*Casos por 100.000 habitantes; nd, no disponible.

con el objetivo de actualizar información sobre sus hábitos de vida, alimentación, sexualidad, realización de actividad física, ejercicio y deporte, consumo de drogas y alcohol, así como sus relaciones personales y otros factores relacionados con la salud. Con ello se pretende ofrecer un instrumento que sirva de apoyo en la tarea de planificar y desarrollar acciones encaminadas a promover la salud de los jóvenes.

El último de estos estudios se ha realizado durante 2006 y ha consistido en la aplicación de un cuestionario de 77 preguntas a una muestra representativa de 2.469 alumnos de 6.º de primaria, 2.º de ESO y 4.º de ESO, de 75 centros educativos de la Región de Murcia. Algunos de los ítems relativos al consumo de drogas sólo se han aplicado a 2.º y 4.º de ESO. Los de sexualidad se han aplicado a los alumnos de 4.º de ESO exclusivamente.

En la **tabla 3** se recogen algunos de los hallazgos más relevantes en cuanto a consumo de alcohol, tabaco, drogas, sexualidad y ejercicio físico, y destaca el hecho de que, al igual que en los estudios anteriores (ya referenciados), continúa disminuyendo el porcentaje de jóvenes que han tomado alcohol en alguna ocasión, especialmente en 6.º de primaria. La edad media del primer consumo de alcohol se sitúa en los 12,9 años, aunque, con todo, la edad de la primera borrachera es más baja.

En cuanto al consumo de tabaco, la edad media de inicio es 12,6 y se observa también una ligera disminución en el porcentaje total de jóvenes que han fumado alguna vez. Respecto a este último estudio, mientras que el porcentaje de chicos y chicas que fumaron sólo un día a la semana es el mismo, el porcentaje de chicas

que fuman más de un día a la semana es mayor que el de chicos. En función del curso, los alumnos de 4.º de ESO son los que porcentualmente más fuman un día a la semana mientras que son los alumnos de 2.º de ESO los que, en porcentaje, fumaron más de un día en la última semana antes de la encuesta.

El porcentaje de escolares que han probado las drogas ilegales es reducido y la más consumida es la marihuana. Aunque es poco frecuente, hay que destacar que uno de cada cuatro alumnos de 4.º de ESO ha probado la marihuana.

Respecto a la actividad física, el 85,8 % de los jóvenes encuestados afirma realizar actividades como correr o montar en bicicleta y los chicos realizan más actividad física que las chicas. Sin embargo, conforme aumenta el curso, disminuye el porcentaje de escolares que realizan alguna actividad física durante la semana. Además, el porcentaje de chicas que practica alguna actividad física es menor que el de chicos.

El consumo de alcohol hace referencia al total de alumnos que dicen haber bebido alguna vez. En el consumo de drogas, sólo se ha preguntado a los alumnos de 2.º y 4.º de ESO. En las relaciones sexuales, sólo se ha preguntado a los alumnos de 4.º de ESO, por lo que las casillas de 6.º de primaria y 2.º de ESO han quedado vacías. La casilla de 4.º de ESO también ha quedado vacía porque debe tener los mismos valores que la columna del total.

Demencia y deterioro cognitivo leve en la Región de Murcia

En una encuesta realizada en 2003-2004 en una muestra representativa de la población adulta mayor de 64

TABLA 3. Conductas relacionadas con la salud en escolares, 2006 (Murcia)

	Total	Sexo		Curso			
		Chicos	Chicas	6.º de primaria	2.º de ESO	4.º de ESO	
Consumo de tabaco	Edad del primer cigarrillo, media (DE)	12,6 (2,10)	12,2 (2,32)	13,0 (1,8)	9,5 (1,9)	12,2 (1,6)	13,5 (1,9)
	La última semana fumaron un día (%)	8,1	8,1	8,1	4,3	7,9	8,9
	La última semana fumaron más de un día (%)	5,8	5,0	6,4	4,3	6,7	5,2
	Compran el tabaco en estancos (%)	7,3	6,5	8,1	1,5	6,8	16,1
	Compran el tabaco en bares (%)	7,2	5,1	9,4	0,7	5,9	18,3
Consumo de alcohol	Edad media en la que beben la primera vez, media (DE)	12,9 (1,9)	12,59 (2,2)	13,23 (1,4)	10,14 (2,2)	12,4 (1,5)	13,9 (1,2)
	Edad media de la primera borrachera, media (DE)	13,9 (1,5)	13,74 (1,8)	14,09 (1,1)	10,29 (2,1)	13,1 (1,0)	14,6 (1,0)
	Compra de bebidas alcohólicas en bares (%)	29,8	25,7	34,0	6,7	16,1	45,6
	Compra de bebidas alcohólicas en tiendas (%)	40,5	41,0	40,0	8,7	34,2	52,2
	Han tomado marihuana alguna vez (%)	16,6	17,5	15,8	-	9,9	25,6
Consumo de drogas	Han tomado tranquilizantes alguna vez (%)	2,8	1,8	3,7	-	2,7	2,8
	Han tomado sustancias inhalantes alguna vez (%)	2,7	3,1	2,3	-	2,5	3,0
	Han tomado marihuana en los últimos 30 días (%)	8,6	8,8	8,4	-	4,8	14,0
	Han tomado tranquilizantes en los últimos 30 días (%)	0,7	0,3	1,1	-	0,8	0,5
	Han tomado sustancias inhalantes en los últimos 30 días (%)	0,9	0,9	0,9	-	0,9	0,9
Relaciones sexuales	Edad media de relaciones sexuales completas, media (DE)	15,2 (0,9)	15,2 (0,9)	15,2 (1,0)	-	-	-
	Frecuencia de uso del preservativo masculino (%)	93,3	93,2	93,3	-	-	-
Actividades físicas	Frecuencia de actividad física (pasear, montar en bicicleta, correr, etc.) (%)	85,8	90,4	81,1	93,7	85,1	75,8

DE, desviación estándar; ESO, educación secundaria obligatoria.

años y de ambos sexos residentes en el municipio de Murcia se ha podido estimar la prevalencia de deterioro cognitivo leve (DCL) y demencia. El estudio se realizó en dos etapas. La primera fase consistió en un estudio puerta a puerta para detección de individuos con alto riesgo de deterioro cognitivo a través de la versión española validada del Mini-Mental State Examination (MMSE) ajustado según edad y nivel de educación. En la segunda fase se realizó un estudio completo que incluía la evaluación clínica, neuropsicológica, genética (Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca) y radiológica (Hospital Morales Meseguer) para confirmar el diagnóstico y la etiología del deterioro cognitivo detectado en la primera fase. Se utilizaron los criterios de Petersen para el diagnóstico de DCL. El diagnóstico de demencia se basó en los criterios del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Los criterios del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke - Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA)

y del National Institute of Neurological Disorders and Stroke - Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences (NINCDS-AIREN) se utilizaron para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer (EA) y demencia vascular (DV), respectivamente. Se diagnosticaron como demencia mixta (DM) las personas que cumplían los criterios NINCDS-ADRDA para EA y, además, tenían enfermedad cerebrovascular asociada, según la escala de Hachinski.

De 1.074 personas que completaron la primera fase, 215 presentaban un MMSE ajustado inferior a 25 y fueron derivadas para el estudio clínico, neuropsicológico, genético y radiológico completo. Se diagnosticaron 41 personas con DCL y 56 con demencia: 30 pacientes con EA, 16 con DM, 8 con DV y 2 con otros tipos de demencia. En 61 de las personas evaluadas en la segunda fase no se confirmó el deterioro cognitivo. Se estima que la prevalencia de demencia en personas mayores de 64 años es del 5,5 % (IC del 95 %: 4,3-7,1) y la de DCL, del 4,0 % (IC del 95 %: 3,0-5,4).

Por tipos de demencias, la prevalencia fue del 3,0 % (IC del 95 %: 2,1-4,2) para la EA, del 1,6 % (IC del 95 %: 1,0-2,6) para la DM y del 0,8 % (IC del 95 %: 0,4-1,6) para la DV. La prevalencia de la EA es similar a la encontrada en otros estudios nacionales mientras que para la DV se encontraron valores más bajos. Hay muy pocos estudios nacionales que estimen la prevalencia de DCL y DM y no son comparables con el nuestro por diferencias importantes en la metodología y los criterios diagnósticos.

La prevalencia de la demencia aumenta con la edad mientras que para el DCL el aumento con la edad, aunque presente, es menos importante (tabla 4). Con la excepción de la EA, todos los tipos de deterioro cognitivo tienen mayor prevalencia en el medio rural. El DCL se asocia inversamente con el nivel de estudios. Para la EA y la DM existe relación en el mismo sentido, pero es más débil, mientras que para la DV no se observa una relación evidente con el nivel de estudios. Aunque la prevalencia de todos los tipos de deterioro cognitivo es mayor en mujeres, las diferencias entre ambos sexos observadas en las prevalencias tanto de DCL como de demencia desaparecen al ajustar por edad, nivel de estudios y tipo de residencia.

Se estima que en la Región de Murcia aproximadamente 10.050 personas mayores de 64 años padecen demencia y 7.350 tienen DCL.

Consumo de alcohol en escolares (de 14 a 18 años)

El Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia realiza una encuesta bienal en escolares de 14 a 18 años desde el año 1994. Durante el período 1994-2004 se entrevistó a 6.127 alumnos. El alcohol es la sustancia que presenta mayor prevalencia de consumo entre escolares de 14-18 años.

En la última encuesta realizada, el 80,9 % lo han consumido alguna vez en la vida, el 80,7 % en los últimos 12 meses y el 65 % lo han probado en el último mes. La edad media del primer consumo son los 13,7 años. El 81,8 % declara que toma habitualmente las bebidas alcohólicas en bares, cafeterías, pubs o discotecas. El 21,6 % de los entrevistados afirma que en los últimos 12 meses alguna vez había conducido un vehículo bajo los efectos del alcohol o había montado como pasajero cuando una persona conducía con las facultades alteradas o disminuidas por los efectos del alcohol.

Los escolares murcianos consumen las bebidas alcohólicas, básicamente, durante el fin de semana; así, en el 90,3 % el tipo de consumo son combinados/"cubatas" (modalidad de mayor consumo) en algún fin de semana. De ellos, el 30,5 % afirma consumir todos los fines de semana. El porcentaje de borracheras alguna vez en la vida se ha incrementado en el período, hay una tendencia creciente, pasando del 37,2 al 55,8 %. Las

TABLA 4. Prevalencia (%) de deterioro cognitivo leve y demencias en población mayor de 64 años según variables sociodemográficas, 2003 (municipio de Murcia)

		Deterioro cognitivo leve	Enfermedad de Alzheimer	Demencia mixta	Demencia vascular	Demencia*
Sexo	Hombres	2,8	2,0	0,9	0,7	3,5
	Mujeres	5,0	3,8	2,2	0,9	7,2
Grupo de edad	De 65 a 69 años	2,4	0,3	-	-	0,3
	De 70 a 74 años	3,2	1,4	1,1	0,7	3,5
	De 75 a 79 años	4,6	4,1	1,0	1,5	6,7
	De 80 a 84 años	5,4	6,3	3,6	0,9	11,7
	De 85 años en adelante	10,2	11,4	8,0	2,3	21,6
Tipo de residencia	Urbana	3,0	3,1	1,4	0,6	5,3
	Rural	17,8	1,4	4,1	2,7	8,2
Nivel educativo	No sabe ni leer ni escribir	27,7	4,6	4,6	1,5	12,3
	Sabe leer y escribir	4,1	3,6	2,1	1,6	7,3
	Estudios primarios	2,2	3,2	1,9	0,3	5,7
	Estudios secundarios	1,1	0,8	-	0,8	1,5
	Estudios universitarios	1,8	0,9	0,9	0,9	2,7
Total		4,0	2,9	1,6	0,8	5,5

*Incluye: enfermedad de Alzheimer, demencias mixta y vascular, y otras demencias. Del Servicio de Epidemiología, Región de Murcia.

borracheras ocurridas en el último mes también han aumentado del 19,4 % en el año 1994 al 31,1 % en 2004 (fig. 1). Cuando se le pregunta a los escolares entrevistados por el número de borracheras en los últimos 30 días, el 9,9 % dicen que han tenido tres o más.

En relación con la percepción acerca del consumo de alcohol que tienen los escolares, el 7,1 % afirma que su consumo es excesivo (bastante/mucho), porcentaje similar a años anteriores.

Los motivos que argumentan los escolares para el consumo de la sustancia son los siguientes: en primer lugar, comentan que les gusta el sabor (67,5 %), seguido del uso recreativo, para divertirse, por placer (60

%) y con menor porcentaje, para olvidar problemas personales (14,8 %), sentir nuevas emociones (14,1 %) y para superar la timidez y con ello mejorar las relaciones (13,9 %).

Programa de vacunaciones

Las coberturas de vacunación durante el primer año de vida, para niños nacidos durante el año 2005, tienen unos niveles excelentes, siguiendo la línea de los últimos años (tabla 5). El hecho de que los porcentajes sean superiores al 100 % obedece a que el denominador empleado es el publicado por el Centro Regional de Estadística y en el Registro Nominal de Vacunaciones figuran más personas vacunadas.

En el segundo año de vida, para nacidos durante el año 2004, la cobertura vacunal frente a sarampión, rubéola y parotiditis se sitúa por encima del 97 %, los recuerdos de poliomielitis, difteria, tétanos, tos ferina y *Haemophilus influenzae* de tipo b sobrepasan el 97 %.

La cobertura de la vacuna antigripal, alcanzada en la población de 65 años o más, en la temporada 2005/2006, ha sido del 63,8 %. El número de dosis de vacuna antineumocócica administrada en la misma población se recoge en la tabla 6.

Durante la temporada 2005-2006 se realizó por primera vez una campaña específica de vacunación anti-

FIGURA 1. Prevalencia de borracheras por consumo de alcohol en escolares de 14-18 años entre 1994 y 2004 (Murcia)

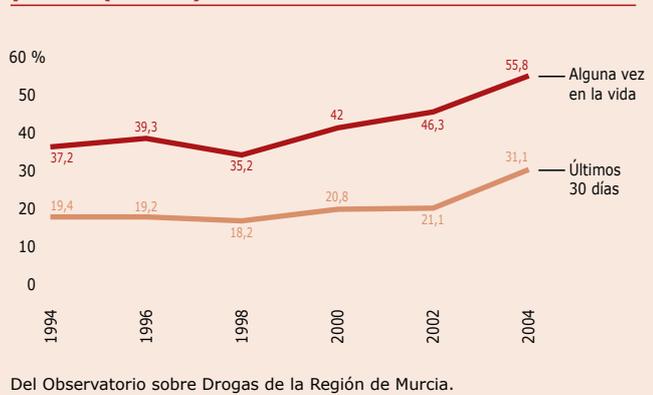


TABLA 5. Cobertura vacunal nominal para vacunas del primer año de vida, 2006 (Murcia)

	Vacuna				
	DTP-HB-VPI/Hib	Men C	DTP-HB-VPI/Hib	Men C	DTP-HB-VPI/Hib
	Primera dosis		Segunda dosis		Tercera dosis
Cobertura (%)	102,6	102,8	102,0	101,9	101,2

Del Servicio de Prevención y Protección de la Salud. DTP, difteria-tétanos-pertussis (tos ferina); HB, virus de la hepatitis B; Hib, *Haemophilus influenzae* de tipo b; Men C, meningitis meningocócica del serotipo C; VPI, virus de la polio inactivado.

TABLA 6. Cobertura vacunal antigripal y antineumocócica en la población mayor de 65 años, 2005-2006 (Murcia)

Área sanitaria	Gripe			Neumococo
	Número total de dosis notificadas	Dosis administradas a la población mayor de 65 años	Porcentaje de población vacunada mayor de 65 años	Dosis administradas a la población mayor de 65 años
Área I	77.411	46.408	67,4	25.570
Área II	53.155	29.541	64,2	20.791
Área III	25.854	15.411	68,9	9.752
Área IV	13.387	8.508	66,9	3.901
Área V	7.389	4.672	58,3	2.238
Área VI	28.031	16.725	68,2	9.087
Total en la región	205.227	121.265	66,5	71.339

Del Servicio de Prevención y Protección de la Salud.

gripal en personal sanitario, con unas coberturas excelentes (promedio del 53,0 %; valor mínimo del 38,4 % en el centro sanitario de Molina y máximo del 70,7 % en Cieza).

La existencia de diferentes brotes de rubéola, sarampión y paperas en otras comunidades autónomas motivaron la puesta en marcha de una campaña de vacunación con triple vírica entre la población adulta en la cual se había constatado de mayor susceptibilidad en dichos brotes. En concreto, la campaña se centró en población inmigrante latinoamericana aunque durante el año 2007 se pretendía extender a otros colectivos. Los resultados de la campaña desarrollada en 2006 ofrecen unas coberturas del 8,9 % entre la población latinoamericana adulta. Para el cálculo de coberturas se ha tomado como denominador la población registrada en el registro poblacional PERSAN.

Programa de Detección Precoz de Hipoacusias Neonatales

En la [tabla 7](#) se detalla por hospitales los recién nacidos registrados y la cobertura de participación en esta fase de detección.

Informe-resumen sobre datos de siniestralidad laboral 2006

Durante el año 2006 se ha declarado en la región un total de 27.231 accidentes de trabajo ocurridos durante la jornada laboral y que han causado baja, lo que representa un ligero aumento respecto a los 26.805 accidentes declarados en 2005. No se han podido calcular las tasas al no estar disponibles todavía los datos de población asalariada.

También se han declarado 634 casos de enfermedad profesional, lo que implica un importante descenso respecto al año anterior (841 casos en 2005).

En las [tablas 8 y 9](#) se presenta la distribución de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales por sectores económicos.

Incidencia de cáncer 1999-2001

El Registro de Cáncer de Murcia contabilizó 14.423 nuevos diagnósticos de cáncer en el período 1999-2001, de los cuales 1.934 corresponden a cáncer de piel no melanoma. La media anual de tumores malignos se sitúa en 4.163 casos tras excluir los tumores de piel no melanoma. El 59 % corresponde a hombres y el 41 %, a mujeres.

En el período 1999-2001, la incidencia global de cáncer en hombres de la Región de Murcia fue de 420 casos/100.000 hombres y la tasa ajustada a la población europea estándar (PEE) de 421/100.000. Estas cifras muestran un ligero descenso comparado con el período anterior. En mujeres, la tasa bruta de 290 casos/100.000 mujeres y ajustada de 257 se muestra ligeramente superior a la del período anterior.

En hombres, aunque el cáncer de pulmón continúa siendo el más frecuente, ha disminuido su contribución al total de tumores ya que en períodos anteriores era del 18 % y en 1999-2001 representa el 16 % ([fig. 2](#)) de todos los tumores diagnosticados en hombres, con una tasa ajustada de 69/100.000. Sin embargo, en mujeres, pese a continuar siendo un tumor poco frecuente, su contribución al total de tumores y sus tasas se incrementaron en 1999-2001. El cáncer de pulmón en mujeres representa el 3 % de los tumores ([fig. 3](#)) y

TABLA 7. Cobertura de participación del Programa de Detección de Hipoacusias Neonatales, 2006 (Murcia)

Hospital	Primera fase			Segunda fase			
	RN registrados	RN con pruebas	Participación (%)	RN que no pasaron la primera fase	Estudiados en la segunda fase	Participación (%)	Hipoacusias confirmadas
San Carlos	620	572	92,3	62	4	6,4	0
Los Arcos	1.219	1.209	99,1	17	2	11,8	1
Virgen del Castillo	783	782	99,9	36	28	77,8	0
Virgen de la Vega	1.777	1.617	91,0	105	79	75,2	0
Naval del Mediterráneo	2.950	1.684	57,1	15	0	00,0	0
Noroeste (Caravaca)	711	697	98,0	2	1	50,0	0
Rafael Méndez	1.834	1.834	100,0	6	1	0,0	0
Virgen de la Arrixaca	8.140	7.841	96,3	6	2	33,3	2
Totales	18.034	16.236	90,0	249	117	47,0	3

Del Servicio de Prevención y Protección de la Salud. RN, recién nacidos.

TABLA 8. Accidentes de trabajo por sectores económicos, 2006 (Murcia)

	Total de accidentes	Accidentes graves	Accidentes mortales
Agricultura	2.245	17	0
Industria	7.831	65	6
Construcción	8.314	108	10
Servicios	8.841	56	17
Total	27.231	246	33

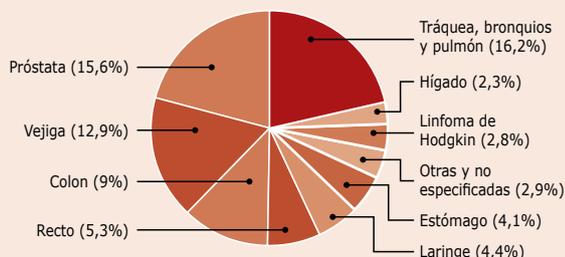
De la Sección de Salud Laboral y Prevención y Control de Tuberculosis.

TABLA 9. Enfermedades profesionales por sectores económicos, 2006 (Murcia)

	Número de casos
Agricultura	88
Industria	306
Construcción	87
Servicios	153
Total	634

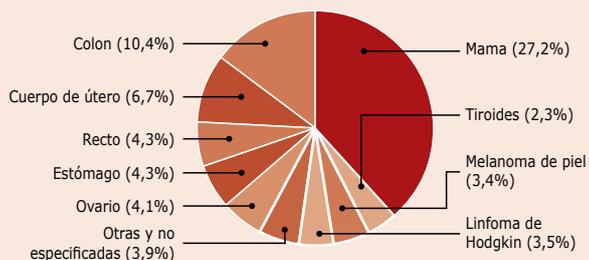
De la Sección de Salud Laboral y Prevención y Control de Tuberculosis.

FIGURA 2. Frecuencia relativa de las 10 localizaciones más frecuentes de tumores en hombres, 1999-2001 (Murcia)



Del Registro de Cáncer de Murcia. Servicio de Epidemiología.

FIGURA 3. Frecuencia relativa de las 10 localizaciones más frecuentes de tumores en mujeres, 1999-2001 (Murcia)



Del Registro de Cáncer de Murcia. Servicio de Epidemiología.

su tasa ajustada es de 7,4/100.000, habiendo aumentado el 32 % con relación al período anterior.

El cáncer de próstata se ha convertido en el segundo tumor más frecuente en hombres (16 %) con una tasa bruta de 66/100.000 y ajustada a la PEE 63/100.000.

Si se considera conjuntamente el cáncer de colon y recto, representan el 14 % de los tumores en varones y el 15 % en mujeres. Las tasas brutas en hombres son de 38 y 23/100.000 para colon y recto, respectivamente. En mujeres, la tasa bruta en cáncer de colon es 30/100.000 y en recto de 13/100.000.

El cáncer de mama, con más de 450 casos nuevos diagnosticados cada año, muestra una tasa bruta de 79/100.000 y ajustada a la PEE de 77. Continúa siendo el tumor más frecuente, con el 27 % de los casos de cáncer en mujeres.

El cáncer de vejiga mantiene una elevada incidencia en hombres con una tasa bruta de 54,4 y ajustada PEE de 54,7. En mujeres, las tasas, aunque bajas, se mantienen a lo largo de los últimos años, con una tasa ajustada a la PEE en el período 1999-2001 de 6,2. La contribución al total de tumores malignos en hombres es del 13 % y en mujeres, del 3 %.

De todos los tumores que se presentan en mujeres, el cuerpo de útero y ovario son órganos que aparecen entre las localizaciones más frecuentes. Corresponden a cáncer de cuerpo de útero el 7 % de los casos y a ovario, el 4 %. El cáncer de cuello uterino presenta una frecuencia del 3 %, que conjuntamente con los tumores del aparato genital femenino representan el 15 % de los tumores malignos en mujeres.

Programa para la prevención del cáncer de mama

La evaluación global del impacto de un programa de cribado poblacional requiere largos períodos de tiempo, lo cual resulta poco eficiente a efectos prácticos. Por ello, se realizan evaluaciones periódicas (bienales), basándose en los indicadores y estándares propuestos por la *Guía Europea de Calidad en el Cribado del Cáncer de Mama*.

Los dos indicadores que mejor traducen el impacto a largo plazo del programa son las tasas de participación y las tasas de detección de cánceres del programa. Para el bienio 2005-2006 la tasa global de participación fue del 72,8 % (66,1 % en cribado inicial y 90,7 % en cribado sucesivo). La tasa de participación se encuentra dentro de los límites establecidos como idóneos (70-75 %) para un programa de cribado. Por áreas

de salud, la distribución (fig. 4) es bastante homogénea, y oscila entre el 69,2 % del área III y el 77,3 % del área V.

La tasa global de detección de cánceres fue de 3,3 por 1.000 mujeres exploradas (4,3 en cribado inicial y 2,9 en cribados sucesivos). El estándar para la región se extrae a partir de los datos de incidencia anteriores al inicio del programa y queda establecido en 4,8 ‰ para cribado inicial y 2,4 ‰ para cribados sucesivos. Los valores obtenidos quedan muy cercanos al estándar en el cribado inicial y lo superan en el cribado sucesivo. El número total de cánceres detectados fue de 276 y el valor predictivo positivo del proceso, del 40,8 %.

Puede concluirse, de acuerdo con estos datos y resto del estudio, que el programa se ha desarrollado con normalidad y dentro de los parámetros esperados en el bienio 2005-2006.

Evaluación del Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia en 2006

El objetivo del Programa de Salud Bucodental Infantil de la Región de Murcia es disminuir la incidencia de caries y enfermedad periodontal en los niños. Durante el año 2006, el programa se dirigió a la población nacida en los años 1996, 1997, 1998, 1999 y 2000. Es decir, a los niños que en ese año cumplían 6, 7, 8, 9 y 10 años, residentes en la Región de Murcia y con asistencia sanitaria proporcionada por el Servicio Murciano de Salud.

La población diana estaba constituida por 71.743 niños, de los cuales 37.486 fueron atendidos por los dentistas adscritos al programa (5.962 por dentistas de las Unidades de Salud Bucodental [USB] y 31.524 en consultas de dentistas privados). La cobertura alcanzada en 2006 fue del 52,2 %. Las consultas ofertadas fueron: 363 consultas privadas y 35 USB del sistema sanitario público. Se prevén dos tipos de intervenciones: tratamientos básicos (revisiones bucales e intervenciones preventivas), tratamientos especiales (intervenciones reparadoras) y tratamientos en pacientes especiales mediante anestesia no convencional. La cobertura por área de salud oscila del 38,7 % en Cartagena al 65,0 % en la Vega del Segura. En la figura 5 aparece el porcentaje de tratamientos básicos efectuados y en la tabla 10, los tratamientos especiales autorizados. Se solicitaron 993 tratamientos especiales y fueron autorizados 772 (77,7 %) incluidos ortopantomografías y tratamientos con anestesia general. De las 208 ortopantomografías solicitadas por los dentistas

privados, se autorizaron 160 (76,9 %). Fueron autorizados 20 tratamientos con "anestesia no convencional" para pacientes especiales.

FIGURA 4. Tasas de participación del bienio 2005-2006 (Murcia)



FIGURA 5. Tratamientos básicos efectuados según la titularidad de la consulta, 2006 (Murcia)

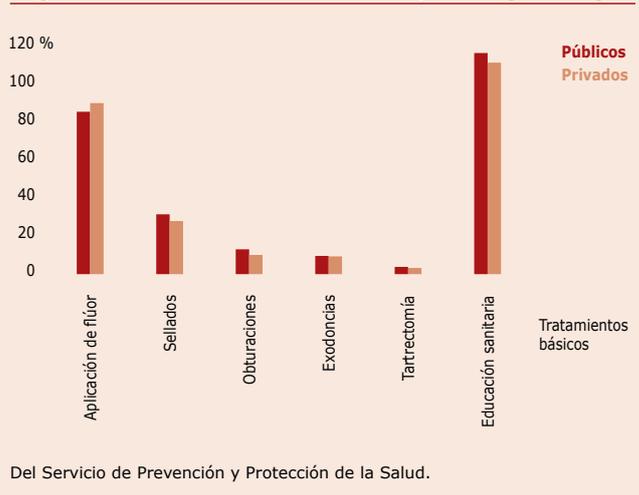


TABLA 10. Tipos de tratamientos especiales, 2006 (Murcia)

Tratamientos especiales autorizados	Número	Porcentaje (%)
Reconstrucción incisivo-canino	326	62,1
Endodoncia de la pieza permanente	125	23,8
Tratamiento pulpar incisivo-canino	49	9,3
Extracción de diente supernumerario	10	1,9
Apicoformación	11	2,1
Perno prefabricado intrarradicular	4	0,8
Total	525	100

Del Servicio de Prevención y Protección de la Salud.

Base de datos de sustancias químicas peligrosas

Justificación

El sábado 11 de julio de 1976 en una fábrica de productos químicos en Italia se estaba produciendo triclorofenol, un producto químico con el cual se fabrica el desinfectante hexaclorofeno. Un accidente en el proceso originó la emisión de una nube de gases tóxicos con una elevada proporción de dioxinas tóxicas que llegó a las zonas vecinas, especialmente a la localidad de Seveso, donde 736 personas fueron evacuadas y hubo que descontaminar suelos y viviendas. Unos 3.300 animales, principalmente pollos y conejos, murieron en los alrededores de la fábrica y unos 77.000 animales fueron sacrificados para impedir que el TCDD (dioxina muy tóxica) entrara en la cadena trófica.

Como consecuencia de este accidente y de otros muy graves producidos en la década de 1970 (Flixborough [Reino Unido], Los Alfaques [Tarragona], etc.), la Unión Europea y los países miembros han ido desarrollando normativa para mejorar la seguridad de las instalaciones industriales que pudieran implicar riesgos de accidentes graves.

En España, los accidentes graves están regulados básicamente por el Real Decreto 1254/1999, de 16 de julio, por el que se aprueban medidas de control de los riesgos inherentes a los accidentes graves en los que intervengan sustancias peligrosas y el Real Decreto 1196/2003, de 19 de septiembre, por el que se aprueba la directriz básica de Protección Civil para el control y planificación ante el riesgo de accidentes graves en que intervienen sustancias peligrosas.

Además, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en su Decreto de Presidencia 97/2000, sobre determinación orgánica de las actuaciones y aplicación de las medidas previstas en el Real Decreto 1.254/1999, de 16 de julio, establece las medidas de control que se aprueban de los riesgos inherentes a los accidentes graves en los cuales intervienen sustancias peligrosas.

De acuerdo con lo anteriormente citado, la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia es considerada organismo competente y a fin de dar respuesta a las actuaciones de prevención y control que le son asignadas de acuerdo con el artículo 4 del anterior decreto, se está realizando una base de datos de sustancias peligrosas.

Población diana

La base de datos se está realizando con el propósito de facilitar una herramienta para la protección de la salud

del personal profesional industrial y de la población general que habita cerca de las industrias químicas.

Características principales de su desarrollo

Esta base de datos nace con el propósito de facilitar y agilizar la toma de decisiones de los grupos implicados cuando se produce un accidente grave en una industria química o bien en el transporte de mercancías peligrosas, lo que repercute en mayor seguridad para la población que pueda verse implicada en el accidente.

Para su realización, el pasado mes de diciembre de 2006 la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia contrató a un becario, a quien encargó dicha tarea.

La selección de las sustancias se ha llevado a cabo en función de su potencial peligrosidad y la magnitud de su uso dentro de las industrias químicas y de su transporte en la Región de Murcia.

La información que consta en cada ficha de sustancia se ha obtenido a partir de las principales bases de datos que existen en la red sobre el tema, como son: HSDB, ESIS, IRIS, ITER, etc., y de otras páginas de pequeña entidad.

A fin de proporcionar mayor utilidad, las fichas están confeccionadas en 12 apartados:

1. Identificación de la sustancia

Facilita información sobre las características generales de la sustancia.

2. Identificación de los peligros

Informa sobre los riesgos de la sustancia dependiendo del peligro que puede generar.

3. Efectos para la salud

Esta característica suministra información desde dos vertientes:

- Indica los efectos de la sustancia sobre la salud de los individuos y sobre los órganos diana.
- Proporciona rangos de toxicidad dependiendo de la concentración de la sustancia y del tiempo de exposición.

4. Acciones

Está dividida en cinco subapartados y se centra en cómo se debe actuar dependiendo del tipo de emergencia.

- *Instrucciones generales*: indican unas directrices básicas que hay que seguir en la emergencia.
- *Autoprotección del socorrista*: muestra las protecciones que debe llevar el socorrista.

- *Rescate de pacientes:* informa de cómo se debe socorrer a las personas que se encuentran afectadas por el accidente.
- *Descontaminación/primeros auxilios:* pauta una serie de directrices de cómo se debe realizar la descontaminación de los afectados dependiendo del tipo de exposición.
- *Tratamiento inicial:* explica qué tratamientos deben suministrar a los afectados los equipos de emergencia sanitarios.

5. Medidas en caso de vertido

Indica el procedimiento que hay que seguir en caso de vertido de la sustancia.

6. Información ecológica

Proporciona información de los efectos de la sustancia sobre el medio ambiente.

7. Controles de exposición/protección personal

Indica las precauciones que deben tomar los individuos en ambientes laborales.

8. Información toxicológica

Se encuentra dividida en cinco subapartados:

- *Toxicidad aguda.* Efectos/síntomas agudos: informa de los efectos de la sustancia dependiendo de la vía de entrada en intoxicaciones agudas.
- *Toxicidad subaguda o crónica:* proporciona información de los efectos de la sustancia a medio-largo plazo.
- *Estudios realizados:* son casos reales de individuos que han estado expuestos a los efectos de la sustancia.
- *Vías de exposición:* indica cuáles son las vías más comunes de intoxicación.
- *Recomendaciones para la población:* proporciona una serie de directrices que debe seguir la población en caso de verse involucrada en el accidente.

9. Propiedades físicas y químicas

Información sobre las propiedades más relevantes de la sustancia.

10. Estabilidad y reactividad

Indica el comportamiento de la sustancia dependiendo de las condiciones en que se encuentre.

11. Información reglamentaria

Información sobre envasado y etiquetado de la sustancia.

12. Revisión bibliográfica

Relación de las fuentes de información utilizadas para realizar la ficha.

La documentación recopilada en las fichas es un resumen de las partes más importantes de la información encontrada para dar mayor rapidez, claridad y utilidad al manejo de éstas en caso de accidente. No obstante, para más información en los distintos apartados aparecen los enlaces a las páginas *web* principales de las cuales se ha obtenido la información.

Aspectos destacables de su implantación o aplicación

La implantación de la base de datos se ha llevado a cabo en formato web (www.murciasalud.es/fichas_sanitarias_sustancias) para permitir una mayor difusión y accesibilidad del contenido.

Para facilitar su difusión, se ha informado de su implantación a 18 direcciones generales de otras comunidades autónomas, a unas 200 empresas del sector químico, a cuerpos de bomberos, al Servicio Murciano de Salud y a diversas Administraciones.

Metodología seguida para su seguimiento y evaluación

La OMS proporciona una guía para la publicación regular sobre medio ambiente y salud. Su principal objetivo es establecer un sistema de control para evaluar los efectos de las intervenciones y supervisar las actividades emprendidas.

El indicador Chem_A4, directrices de tratamiento médico (emergencias químicas), establece que los documentos deben contener información sobre la exposición al agente químico, descontaminación, diagnóstico (indicios y síntomas, gravedad, etc.), aspectos de seguridad personal e intervención médica para individuos expuestos al agente.

Siguiendo las directrices del indicador de la OMS anteriormente citado, la base de datos en su publicación inicial en abril de 2007, contando con 10 sustancias, obtuvo una calificación de 2 (aceptable) y fue ésta la segunda más alta de este indicador.

Resultados más destacables de su implantación

Aunque los resultados de este proyecto aún están por evaluar ya que su implantación se llevó a cabo el pasado mes de abril de 2007, la realización de estas fichas representa una innovación para los servicios sanitarios

en lo que se refiere a accidentes graves ya que anteriormente no se había efectuado un trabajo similar en Europa y sólo se encontraban bases de datos similares en Estados Unidos. Sin embargo, debido al exceso de información que proporcionan, carecen de utilidad en casos de emergencias.

DESARROLLO NORMATIVO E INSTITUCIONAL

En la **tabla 11** se recogen los desarrollos legislativos más relevantes realizados en la Región de Murcia durante el año 2006.

PLANIFICACIÓN Y PROGRAMAS SANITARIOS

Plan de Salud 2003-2007

- Se articula en torno a los grandes problemas de la Región de Murcia, que son: cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades transmisibles, salud mental, diabetes y accidentes. Adicio-

nalmente, el plan define un área común a estos problemas, denominada "estilos de vida".

- Integra acciones dirigidas a determinados colectivos, como son: niño-joven, mujer, nuevas formas de exclusión social y personas mayores.
- Los planes y programas implantados en la región previos al año 2006 son: Plan Integral de Atención al Diabético 2005-2009, Plan de Atención al Proceso Cardiovascular, Plan Integral contra el Cáncer, Programa Integral de Atención a la Mujer, Plan de Sistemas de Información Sanitaria, Programa de Salud Bucodental Infantil, Programa de Urgencias y Emergencias, Programa Ariadna (autonomía de personas mayores), Programa de Vacunaciones, Programa de Detección Precoz de Hipoacusias Neonatales, Programa de Cribado Neonatal de Metabolopatías y Programa de Control Sanitario de Alimentos y Zoonosis.
- Los planes y programas correspondientes a 2006 son: Protocolo para el Diagnóstico Precoz de la Infección y la Enfermedad Tuberculosa, Programa Piloto de Prevención para el Cáncer de Colon

TABLA 11. Normas legales fundamentales en materia de salud, 2006 (Murcia)

Denominación	Fecha	Descripción del ámbito regulado
Decreto 25/2006, por el que se desarrolla la normativa básica estatal en materia de información sobre listas de espera y se establecen las medidas necesarias para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del Sistema Sanitario Público de la Región de Murcia	BORM 08/04/2006	Atención al ciudadano
Decreto 223/2006, de 27 de octubre, por el que se regula el sistema y el procedimiento de acreditación de las actividades de formación continuada de las profesiones sanitarias y se crea la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Región de Murcia	BORM 07/11/2006	Formación continuada
Decreto 118/2006, por el que se constituye el Colegio de Ópticos-Optometristas de la Región de Murcia	BORM 11/07/2006	Profesiones sanitarias
Orden de 9 de enero de 2006. Regula el procedimiento para el reintegro por el Servicio Murciano de Salud de los Gastos Sanitarios en situaciones de riesgo vital	BORM 24/01/2006	Atención al ciudadano
Orden de 3 de febrero de 2006. Regula el procedimiento para las prestaciones ortoprotésicas	BORM 23/02/2006	Atención al ciudadano
Orden de 2 de marzo 2006 sobre coordinación de actuaciones relativas a la atención sociosanitaria en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia	BORM 22/03/2006	Ámbito sociosanitario
Orden de 17 de julio de 2006, por la que se modifica la Orden de 20 de mayo de 1996, por la que se establece en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia la normativa reguladora de la homologación de cursos de capacitación para realizar tratamientos plaguicidas	BORM 04/08/2006	Salud pública
Orden de 5 de septiembre de 2006 de modificación de la Orden de 21 de febrero de 2005, que determina las ayudas compensatorias a pacientes del Servicio Murciano de Salud por desplazamiento y estancia derivada de la asistencia sanitaria	BORM 30/09/2006	Atención al ciudadano
Orden de 13 de septiembre de 2006, conjunta de las Consejerías de Sanidad y Educación y Cultura, para la regulación de las actividades de educación para la salud ofertadas a los centros docentes no universitarios por instituciones ajenas a los mismos y en el marco del Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia 2005-2010	BORM 19/10/2006	Educación para la salud

BORM, Boletín Oficial de la Región de Murcia.

y Recto, Plan de Salud Mental y Drogodependencias 2006-2009, Plan Regional de Educación para la Salud en la Escuela, Plan Integral de Cuidados Paliativos, Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad 2005-2010, Programas y guías sobre tabaquismo y Plan de Cáncer (en elaboración).

Sida

Con respecto al Sida, aunque no se ha elaborado todavía ningún plan de actuación, son muchas las actuaciones realizadas, fundamentalmente de promoción y educación para la salud, mediante materiales educativos para la prevención del VIH/Sida y otras enfermedades de transmisión sexual.

Tabaco

Respecto al tabaco, al igual que ocurre con el Sida, aunque no existe un plan editado, se han realizado, durante 2006, actuaciones relacionadas:

- En el ámbito de la atención primaria se ha elaborado una guía (*Atención al Tabaquismo en Atención Primaria*), que ha sido editada por la Consejería de Sanidad.
- Programa de información sobre tabaquismo. Folleto con información para jóvenes.
- Programa de información sobre tabaquismo. Folleto de información para padres y madres.
- Programa de información sobre tabaquismo. Folleto de información para no fumadores.
- Programa de información sobre tabaquismo. Folleto de información para mujeres.
- Programa de información sobre tabaquismo. Folleto de información para fumadores.

Ictus

Respecto a las enfermedades cardiovasculares, se ha elaborado una guía para la prevención secundaria del ictus.

Atención primaria

La Consejería de Sanidad ha elaborado planes que afectan el ámbito de atención primaria y que fueron objeto de información al Ministerio de Sanidad mediante correo electrónico de fecha 23/05/2007:

- Plan de Mejora y Modernización de la Atención Primaria 2007-2010.
- Plan Integral de Cuidados Paliativos 2006-2009.
- Plan de Urgencias y Emergencias 2005-2007.
- Plan de Prevención de las Agresiones a los Profesionales de la Sanidad de la Región de Murcia.

- Plan de Educación para la Salud en la Escuela 2005-2010.

La **tabla 12** resume algunos de estos planes y programas destacados.

EQUIDAD

Proyecto Jornadas de Inmigración y Salud

Justificación

La Región de Murcia se ha convertido en una tierra de acogida para miles de personas que vienen buscando prosperidad y bienestar. Esto ha sucedido en un proceso de rápida instauración, que en apenas unos pocos años ha generado un fenómeno de transformación en la estructura de nuestra sociedad. Una simple mirada a los datos de población permite comprender con mayor precisión su alcance real. Al comienzo de este siglo XXI no llegaban a 23.000 las personas inmigrantes que se encontraban empadronadas en la región. Estos datos contrastan con los datos registrados en enero de 2006, que muestran una cifra superior a los 180.000 inmigrantes empadronados y que ya representa casi el 14 % de la población murciana y que alcanza cifras superiores al 20 % en algunas comarcas.

Lógicamente, de esta situación se deriva una serie de necesidades que precisan un despliegue de políticas institucionales en aras de la integración de las personas inmigrantes (**tabla 13**).

En virtud de este interés, se firmó un convenio de colaboración entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de la Consejería de Trabajo y Política Social, para el desarrollo de actuaciones de acogida e integración de personas inmigrantes, así como de refuerzo educativo de éstas. Sus ejes de actuación se refieren a la acogida, educación, empleo, vivienda, servicios sociales, salud, infancia y juventud, igualdad de trato, mujer, participación, sensibilización y desarrollo.

Dentro del eje de salud se recogen el apoyo a programas de promoción de la salud, prevención y educación para la salud, con particular atención a los dirigidos a niños y niñas y a mujeres inmigrantes; formación del personal sanitario en la atención a la población de distintos orígenes y culturas, y en mediación intercultural, y transferencia de conocimientos y buenas prácticas.

TABLA 12. Planificación sanitaria. Programas, estrategias y planes, 2006 (Murcia)

	Sí/no	Ediciones (fecha)	Observaciones
Planes de Salud	Sí	Consejería de Sanidad, 2003	
Plan de Salud Mental y Drogodependencias 2006-2009	Sí	Consejería de Sanidad, 2006	
Protocolo para el Diagnóstico Precoz de la Infección y la Enfermedad Tuberculosa	Sí	Consejería de Sanidad, 2006	
Programa Piloto de Prevención del Cáncer de Colon y Recto	Sí	Consejería de Sanidad, 2006	
Plan Regional de Educación para la Salud en la Escuela	Sí	Consejería de Sanidad, 2005	
Plan Integral de Cuidados Paliativos	Sí	Consejería de Sanidad y Servicio Murciano de Salud, 2006	
Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad 2005-2010	Sí	Consejería de Sanidad, 2005	
Programas y guías sobre tabaquismo	Sí	Consejería de Sanidad, 2006	Guía de actuación y programas informativos
Sida	No	Consejería de Sanidad, 2007	Protocolos de actuación y materiales educativos
Programas sobre la salud cardiovascular	No	Consejería de Sanidad y Servicio Murciano de Salud, 2006	Guía de prevención secundaria del ictus
Cáncer	No		A finales de 2006 comenzó su elaboración

TABLA 13. Proyectos y medidas para la equidad, 2006 (Murcia)

	Sí/no	Tipo de medida	Referencia normativa	Observaciones
Género	Sí	II Plan de Acciones contra la Violencia hacia las Mujeres III Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres, en coordinación con la Consejería de Trabajo y Política Social		Instituto de la Mujer, Región de Murcia, en colaboración con la Consejería de Sanidad
Etnia	Sí	Programa de Inmigración y Salud en coordinación con la Consejería de Trabajo y Política Social	No	
Discapacidad	Sí	Programa de Coordinación Sociosanitaria, adscrito con la Consejería de Trabajo y Política Social	No	

Por estos motivos, la Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria de la Consejería de Sanidad diseñó este proyecto que se realizó en la ciudad de Murcia, que se considera de la suficiente importancia como para convertirlo en institucional y del cual ahora se presenta esta memoria técnica.

Características principales del desarrollo de las Jornadas de Inmigración-Emigración en Salud

Los objetivos que se planteaban con el desarrollo del proyecto eran:

- Sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios y sociales sobre las necesidades sociosanitarias, culturales y religiosas de la población inmigrante, en particular en el colectivo de niños y mujeres.

- Proporcionar un espacio de debate multidisciplinario para conocer y compartir conocimientos y experiencias sobre el fenómeno de la inmigración.
- Fomentar la reflexión y el diálogo acerca de las diferentes estrategias y actuaciones por parte de los agentes sociales implicados.
- Identificar las tendencias futuras y posibles escenarios de intervención para favorecer la convivencia intercultural en salud.

Para alcanzar estos objetivos, se decidió enmarcar el proyecto bajo un formato "formativo-debate" que se materializaría los días 30 de noviembre, 1 y 2 de diciembre de 2006 en talleres docentes, Jornadas sobre Inmigración-Emigración en Salud, y la redacción de un *Informe Final de Recomendaciones*.

Así, se propusieron cuatro talleres de 4 horas de duración el día anterior al inicio de las jornadas. Dichos talleres versaron sobre:

- Legislación y procedimiento en la atención sanitaria al inmigrante/emigrante en la Región de Murcia.
- Prevención de enfermedades evitables mediante vacunación en niños inmigrantes.
- Salud transcultural. Desigualdades en salud.
- Enfermedades no comunes en nuestro medio: importadas o reemergentes.

A continuación, se celebraron las Jornadas sobre Inmigración-Emigración en Salud, de un día y medio de duración y en las cuales, mediante diferentes conferencias, se trataron temas de máximo interés en el ámbito de la inmigración y la atención sanitaria. Véase:

- Conferencia inaugural: *Enfermedades importadas*. D. José Luis Pérez Arellano, Servicio Insular de Salud.
- Conferencia magistral: *La experiencia de la salud en la población inmigrante*. D. Vladimir Paspuel, vicepresidente de la Asociación Rumiñahui.
- Conferencia magistral: *La mediación en contextos multiculturales. El mediador o mediadora intercultural*. Ascensión Tudela Costa, psicóloga.
- Conferencia de clausura: *Concretando*. D. Fidel Delgado, psicólogo clínico.

Dichas conferencias se compaginaron con sesiones de trabajo de los participantes que, mediante la metodología DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades), abordaron las diferentes estrategias y actuaciones por parte de los agentes sociales implicados, identificando las tendencias futuras y posibles escenarios de intervención para favorecer la convivencia intercultural en salud. Los grupos de trabajo consiguieron realizar un análisis de la situación regional de los cuatro ámbitos tratados: legislación, vacunación, enfermedades no comunes y salud transcultural.

Población diana

Las jornadas estaban dirigidas a profesionales sanitarios y sociales interesados en la atención a la población inmigrante.

Instrumentos de gestión

Convenios y fecha de firma:

- BORM de 4 de enero de 2007. Decreto número 324/2006, de 22 de diciembre, por el que se regula la concesión directa de subvención a la Funda-

ción para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia para el apoyo en la acogida e integración de la inmigración, a través de la realización de jornadas sobre inmigración y salud.

- BORM de 30 de enero de 2007. Convenio de colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de la Consejería de Sanidad y la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia para el apoyo en la acogida e integración de la inmigración, mediante la realización de jornadas sobre inmigración y salud.

Departamento responsable

Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria de la Consejería de Sanidad.

Departamento o entidad ejecutora

Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia.

Número y tipología de beneficiarios

El número de asistentes a las jornadas fue de 55 personas. La edad media de los participantes en el estudio fue de 41,37 años, el 19,23 % de los asistentes eran hombres y el 80,77 % eran mujeres.

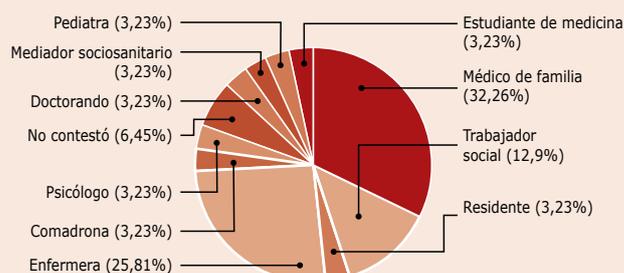
La figura 6 muestra la distribución en porcentaje de las profesiones para los asistentes a las jornadas.

Resultados obtenidos

1. Legislación y procedimiento en la atención sanitaria al inmigrante/emigrante en la Región de Murcia

- Desarrollar auténticas políticas de integración que incluyan las medidas y las actuaciones necesarias en materia sociosanitaria.
- Dotar de los recursos humanos y materiales necesarios para atender el incremento de la demanda en materia de atención sanitaria.

FIGURA 6.



- Desarrollar iniciativas de refuerzo de los principales colectivos de inmigrantes y de fortalecimiento de sus habilidades de autocuidado y ayuda mutua.
- Motivar la participación desde los propios grupos de inmigrantes para, desde la prevención y promoción de la salud, mejorar sus condiciones socio-sanitarias.
- Obtener un mejor conocimiento de la situación de estas poblaciones en los ámbitos demográfico, social, económico, político-sanitario y epidemiológico y determinar sus consecuencias para la práctica sanitaria.
- Conseguir mejor y mayor supervisión y planificación de los grupos de inmigrantes, usuarios de nuestros dispositivos asistenciales.
- Relacionar ciertas variables sociales de los principales colectivos de inmigrantes (condiciones de vida, vivienda y condiciones laborales, entre otras) con sus niveles de salud y con ciertas variables derivadas de la morbilidad y, en su caso, de la mortalidad de los propios colectivos.
- Crear redes de apoyo coordinadas que eviten el solapamiento de actuaciones a todos los ámbitos (local, regional, nacional, comunitario e intercontinental).
- Implementar programas de formación para los profesionales, así como potenciar y desarrollar programas de formación específicos para aquellas enfermedades más prevalentes en nuestro contexto sanitario, que permitan ser adaptados a las características culturales diferenciales, facilitando así las tareas profesionales de atención primaria y hospitalaria y mejorar los programas de prevención-educación.
- Valorar, reconocer e incentivar el trabajo desarrollado por los profesionales sanitarios.

2. Prevención de enfermedades evitables mediante vacunación en niños inmigrantes

- Formar a sanitarios y a mediadores.
- Fomentar la cultura de la prevención en inmigrantes, especialmente en el ámbito de vacunas.
- Abrir los puestos de vacunación a otros ámbitos: urgencias, mutuas laborales, plantas hospitalarias.
- Incrementar las plantillas de personal sanitario, especialmente en atención primaria (facilitar el acceso a la vacunación en puestos de vacunación existentes previamente).
- Mantener y aumentar la colaboración de Salud, Educación y Servicios Sociales.

- Adecuar las necesidades presupuestarias a un flujo creciente de inmigrantes.
- Establecer convenios con ONG (organizaciones no gubernamentales).
- Asociar el cumplimiento del calendario de vacunación a prestaciones sociales.
- Diseñar campañas específicas de vacunación en función de la situación epidemiológica, aprovechando la infraestructura existente previamente.
- Desarrollar registros informatizados de vacunación de ámbito nacional, interconexiónados y con acceso para todos los implicados en el acto de la vacunación.

3. Salud transcultural. Desigualdades en salud

- Respetar y reconocer la diversidad cultural existente.
- Conocer las características de las culturas de nuestro entorno más cercano.
- Conocer la variabilidad clínica, los riesgos y las enfermedades en origen.
- Potenciar las habilidades de comunicación de todos aquellos profesionales que desarrollen su labor en el sistema sanitario.
- Capacitar culturalmente a todos aquellos profesionales que desarrollen su labor en el sistema sanitario.
- Facilitar la accesibilidad de la población inmigrante a los servicios sanitarios, así como la información precisa y necesaria que permita aligerar la excesiva burocratización.
- Apoyar y valorar adecuadamente a los profesionales dedicados a luchar contra las desigualdades en salud vividas por el colectivo inmigrante.
- Promocionar la salud de cara a la población inmigrante.
- Evaluar y controlar la calidad de la asistencia sanitaria prestada a la población inmigrante.
- Promocionar la elaboración de trabajos, estudios, proyectos de investigación, espacios de encuentro, etc. que arrojen luz en cuanto a cómo hay que desarrollar una asistencia sanitaria de calidad para todos, en medio de nuestra diversidad cultural.

4. Enfermedades no comunes en nuestro medio: importadas o reemergentes

- Formación de los profesionales sanitarios en enfermedades emergentes.
- Implementación de técnicas diagnósticas apropiadas.

- Agilizar la informatización del sistema de gestión de pacientes, pruebas complementarias y vigilancia epidemiológica.
- Facilitar la comunicación y accesibilidad de los profesionales de atención primaria a los servicios especializados (como telemedicina, protocolos de actuación interniveles, etc.).
- Adecuación de los recursos humanos del sistema para atender adecuadamente el crecimiento de la demanda por parte de la población inmigrante.
- Abordaje multidisciplinario de las condiciones de vida y trabajo de la población inmigrante favorecedoras de la aparición y mantenimiento de enfermedades emergentes.
- Formación e incorporación al sistema sanitario de mediadores interculturales.
- Establecimiento de cauces de comunicación fluida entre el sistema sanitario y las ONG implicadas.
- Implementación de estrategias específicas de seguimiento y adherencia al tratamiento de inmigrantes con enfermedades crónicas y gran movilidad geográfica.
- Facilitar el intercambio de profesionales en el contexto de la cooperación institucional con hospitales del entorno tropical.

- Formar e incorporar al sistema sanitario la figura de los mediadores interculturales.
- Asegurar un abordaje multidisciplinario de las condiciones de vida y trabajo de la población inmigrante.

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

Mediante la información de las **tablas 14-17** se resume el apartado relativo a planificación y recursos humanos.

FARMACIA

Con la ayuda de la **tabla 18** se resumen los aspectos más destacados respecto al tema de farmacia en 2006 en esta comunidad autónoma.

INVESTIGACIÓN

La investigación sanitaria está experimentando una profunda revisión de sus modelos de planificación y gestión, en un proceso iniciado ya en 2005, con los trabajos de la entonces recientemente creada Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria de la Consejería de Sanidad y la constitución auspiciada por esta Consejería, de la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia (FFIS).

Así, 2006 ha sido un año de preparación del nuevo marco de trabajo en investigación sanitaria hacia un sistema con mayor planificación, coordinación, gestión eficiente y potenciación de líneas estratégicas y grupos de trabajo. Dicho marco se ha traducido en el ámbito de la política científica y en el ámbito de la gestión.

En el ámbito de la política científica se han producido avances intersectoriales y sectoriales. Un claro avance

Las medidas de actuación prioritarias detectadas tras el análisis DAFO son:

- Establecer, mantener y aumentar la colaboración entre los distintos agentes sociales relacionados con la problemática de la población inmigrante: Salud, Educación, Servicios Sociales, ONG.
- Adecuar los recursos humanos y materiales del sistema para atender correctamente el crecimiento de la demanda sanitaria por parte de la población inmigrante.
- Implementar programas de formación específicos para los profesionales que permitan reconocer y respetar la diversidad cultural existente, capacitándoles para los nuevos retos clínicos y sociales.

TABLA 14. Planificación y desarrollo de recursos humanos, 2006 (Murcia)

		Sí/no	Nombre	Referencia legislativa
Organización de la formación continuada	Institución u organismo específico	Sí	Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria, en coordinación con la Dirección General de Recursos Humanos	Decreto 105/2004, de 22 de octubre (BORM núm. 249, de 26 de octubre)
	Otro sistema			Fundación para la formación e investigación sanitaria de la Región de Murcia

BORM, Boletín Oficial de la Región de Murcia.

TABLA 15. Número de profesionales en atención primaria, 2006 (Murcia)

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años	
Medicina familiar y comunitaria	615	418	27	657	349	Incluye médicos de familia, SUAP, UME y de refuerzos con continuidad
Pediatría	76	111	1	98	88	
Enfermería	373	710	98	614	371	Incluye comadronas
Farmacia	3	1		4		
Psicología clínica	1	4		3	2	
Otros profesionales sanitarios (rehabilitación y fisioterapia)	42	172	4	104	106	
Otros profesionales no sanitarios	344	506	21	615	214	
Población atendida por equipos de atención primaria: 100 %						

SUAP, Servicios de Urgencia en Atención Primaria; UME, Unidad Medicalizada de Emergencias.

TABLA 16. Número de profesionales en atención especializada, 2006 (Murcia)

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años	
Medicina	1.282	735	59	1.246	712	
Enfermería	832	2.412	585	1.831	828	
Auxiliar de enfermería	89	2.519	90	1.393	1.125	
Farmacia	1	0	0	1	0	Los facultativos de farmacia hospitalaria se indican en la tabla 17
Otro personal sanitario	125	460	44	426	115	
Personal no sanitario vinculado	1.135	1.792	54	2.098	775	

TABLA 17. Número de profesionales por especialidades médicas, 2006 (Murcia)

	Hombres	Mujeres	Edad		
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años
Alergología	16	4	1	13	6
Análisis clínicos	30	19	0	23	26
Anatomía patológica	24	12	0	23	13
Anestesiología y reanimación	81	49	2	72	56
Angiología y cirugía vascular	2	1	0	3	0
Aparato digestivo	33	16	2	36	11
Bioquímica clínica	5	4	0	9	0
Cardiología	54	9	2	43	18
Cirugía cardiovascular	10	0	0	5	5
Cirugía general y del aparato digestivo	95	25	0	61	59
Cirugía maxilofacial	9	2	0	8	3
Cirugía pediátrica	10	3	0	4	9
Cirugía torácica	2	2	0	3	1

Continuación TABLA 17

	Hombres	Mujeres	Edad		
			Menores de 30 años	Entre 30 y 50 años	Mayores de 50 años
Cirugía plástica y reparadora	6	3	0	5	4
Dermatología medicoquirúrgica y venereología	14	11	0	16	9
Endocrinología y nutrición	11	15	1	19	6
Estomatología	2	0	0	1	1
Geriatría	1	1	0	2	0
Hematología y hemoterapia	22	22	5	24	15
Inmunología	5	2	0	5	2
Medicina del trabajo	0	6	0	4	2
Medicina intensiva	41	17	0	33	25
Medicina interna	56	38	1	60	33
Medicina nuclear	4	2	0	3	3
Medicina preventiva y salud pública	4	2	0	5	1
Microbiología y parasitología	9	11	0	12	8
Nefrología	11	17	1	19	8
Neumología	18	10	2	20	6
Neurocirugía	9	0	0	4	5
Neurofisiología clínica	7	6	0	7	6
Neurología	26	16	2	33	7
Obstetricia y ginecología	70	44	1	56	57
Oftalmología	48	27	7	23	45
Oncología médica	12	7	1	15	3
Oncología radioterápica	5	3	0	5	3
Otorrinolaringología	50	12	0	32	30
Psiquiatría	51	37	0	55	33
Radiodiagnóstico	47	27	5	37	32
Rehabilitación	13	15	0	19	9
Reumatología	17	6	0	19	4
Traumatología y cirugía ortopédica	92	6	0	48	50
Urología	42	3	1	27	17
Pediatría	58	39	7	56	34
Psicología clínica	14	30	2	35	7
Farmacia hospitalaria	6	30	1	28	7
Radiofarmacia	1	0	0	0	1
Radiofísica hospitalaria	6	0	0	4	2
Electrorradiología	1	0	0	1	0
Otros*	132	124	15	211	30

Según Real Decreto 127/1984, por el que se regula la formación especializada y la obtención del título de médico especialista. *Incluye facultativos de urgencias, médicos de familia/general en atención especializada, facultativos de admisión y documentación, y directivos facultativos.

intersectorial se ha materializado en la creación del *cluster* biosanitario dentro del nuevo Plan de Ciencia y Tecnología de la Región de Murcia 2007-2010. También los avances hacia la creación del Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (consorcio en la línea de los institutos de investigación sanitaria para promover la

actividad de los grupos de excelencia del sistema regional de salud y de la Universidad de Murcia) y de Murcia BioRegión (empresa promotora de generación de riqueza basada en conocimiento sanitario). Todas estas actuaciones, que se prolongarán en su desarrollo en 2007, se concretan, junto con la delimitación de líneas

TABLA 18. Datos acerca de la dispensación farmacéutica extrahospitalaria, 2006 (Murcia)

		Datos de 2006	Observaciones
Número de recetas dispensadas	Número total de recetas	24.857.968	El número de recetas de especialidades es 24.382.478
	Porcentaje de recetas de genéricos/total de recetas	10,38	El indicador se refiere al total de recetas de especialidades facturadas
Gasto farmacéutico*	Gasto farmacéutico total	374.083.737,60	El gasto de recetas de especialidades es 351.810.115,40
	Porcentaje de gasto en genéricos/gasto farmacéutico total	4,77	El indicador se refiere al gasto de especialidades facturado
Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos**	En el total de recetas dispensadas	1.441.158	A02BC: inhibidores de la bomba de protones (antiúlceras péptica)
		1.285.477	N05BA: benzodiazepinas (ansiolíticos)
		992.291	M01AE: derivados del ácido propiónico (antiinflamatorios no esteroideos)
	En el total de recetas dispensadas de genéricos	637.714	A02BC: inhibidores de la bomba de protones (antiúlceras péptica)
		184.382	M01AE: derivados del ácido propiónico (antiinflamatorios no esteroideos)
		151.501	R05CB: mucolíticos

En receta oficial del Sistema Nacional de Salud en oficina de farmacia. *Si se considera el resultado de la siguiente operación: importe total a PVP - aportación de la persona usuaria. **Si se considera el número de recetas dispensadas y se especifica el nombre del subgrupo que se corresponda con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC, según Real Decreto 1.348/2003. ATC, *Anatomical, Therapeutic, Chemical*.

estratégicas prioritarias en la elaboración del Plan Estratégico de Investigación Biosanitaria 2007-2011, que se culminará en 2007. Por tanto, 2006 ha sido un año para la Región de Murcia en el ámbito de la investigación sanitaria de comprobar dónde se encuentra, señalar hacia dónde se quiere avanzar y dotarse de las herramientas para caminar en esa dirección marcada. Los retos que se plantean en el inmediato futuro es trasladar todo este esfuerzo estratégico a toda la organización e ir promoviendo masa crítica y actividad investigadora creciente y dirigida a conocimiento útil para los ciudadanos.

En el ámbito de la gestión, 2006 ha sido un año de desarrollo de la herramienta regional que representa la FFIS como instancia coordinadora y promotora de la investigación sanitaria realizada por todos los agentes del sistema regional sanitario. El 29 de junio de 2006 se suscribió un convenio marco de colaboración entre el Servicio Murciano de Salud y la FFIS, para el ámbito de la formación y de la investigación. Además, se ha preparado la Encomienda de Gestión de la investigación sanitaria que se pondrá en marcha en 2007.

Una vez descrito este marco de contexto general, a continuación se señalan algunos puntos más concretos relacionados con las actividades implementadas a lo largo de 2006.

En relación con convocatorias competitivas financiadas por el Gobierno autonómico relacionadas con

la investigación sanitaria (proyectos, becas a personas, premios u otras ayudas) en el ámbito de la Consejería de Sanidad, las actividades de la Consejería de Educación y Cultura le competen a dicho departamento, principalmente a partir de la Fundación Séneca, Agencia de Ciencia y Tecnología de la Región de Murcia. Dicho organismo publica periódicamente información de la evolución temporal de la producción científica de la Región de Murcia, incluyendo la actividad del ámbito sanitario. En los últimos datos públicos hasta 2004, ésta representaba el 40 % de la producción científica, distribuido el 20 % en el entorno universitario (Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia) y el 20 % en el entorno de los centros del sistema sanitario (destaca con el 11,5 % el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca):

- Convocatoria de ayudas del Programa EMCA para la financiación de gastos relacionados con el desarrollo de proyectos de investigación sobre gestión de la calidad asistencial en la Región de Murcia.
- Convocatoria de becas de formación en técnicas de recogida, depuración e introducción de datos en los cuestionarios de evaluación y metodología de la calidad asistencial (Programa EMCA).
- Convocatoria de ayudas para proyectos de investigación en materia de envejecimiento y salud respiratoria.

- Convocatoria de ayudas para proyectos de investigación de la Red Regional de Cáncer.
- Convocatoria de ayudas para la promoción de la formación predoctoral del personal sanitario del Sistema Regional de Salud.
- Convocatoria de becas y ayudas para asistencias a cursos de formación, congresos y jornadas.

En la Región de Murcia no existían, en 2006, centros con dedicación exclusiva a la investigación sanitaria, a diferencia de otros ámbitos como el agrícola (IMIDA) o la biología aplicada (CEBAS). La actividad de investigación básica en hospitales (única con carácter exclusivo de investigación) y aplicada (de carácter compartido) en todo el sistema regional de salud se centra, principalmente, en los hospitales universitarios, atención primaria y algunos departamentos de la Consejería de Sanidad. En el ámbito hospitalario destaca el centro terciario de referencia, el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, donde se ubica la investigación básica de mayor potencial traslacional, junto con el Centro Regional de Hemodonación. Asimismo, la Consejería de Sanidad, concretamente el Servicio de Epidemiología dentro de la Dirección General de Salud Pública y la Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria, realiza también trabajos de investigación, pero igualmente, con dedicación compartida. Hacia finales de 2006 se ha constituido también el Centro de Investigación y Desarrollo para la Excelencia Clínica (CI+DEC), que combina formación, liderazgo estratégico e investigación, así como una futura Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. El CI+DEC es un agente dinamizador fundamental de la introducción de la práctica sanitaria basada en la mejor evidencia científica disponible.

La Región de Murcia se ha dotado a lo largo de 2006 de una estructura más sólida de apoyo a la investigación, con la Unidad de Apoyo a la Investigación Sanitaria (UAIS) y la Unidad de Apoyo Metodológico a la Investigación Sanitaria (UAMIS) de la FFIS. Dichas unidades trabajan como coordinadoras de la Red Regional de Apoyo a la Investigación Sanitaria (RRAIS) en relación con profesionales y unidades de otros centros, entre los cuales destaca la pionera Unidad Técnica de Apoyo a la Investigación (UTAI) del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Esta RRAIS cumple las siguientes funciones:

- Información, asesoramiento y seguimiento de las convocatorias regionales, nacionales y europeas.
- Gestión de proyectos de investigación.

- Gestión de los ensayos clínicos.
- Coordinación de los cursos de formación relacionados con la investigación.
- Asesoramiento matemático, estadístico y de diseño de experimentos.

En relación con las políticas de género, en la Región de Murcia no sólo existe una gran masa crítica de investigadoras en el ámbito sanitario, sino que los grupos más potentes de investigación están liderados por mujeres, como lo demuestran los dos Ciber concedidos en el ámbito sanitario regional (más adelante). Sin embargo, no existen demasiadas líneas de investigación que incluyan aspectos de género aunque, de forma concreta, están apareciendo algunas muy potentes, incluidas en el Ciber de Epidemiología y Salud Pública que nos hacen pensar en un futuro prometedor.

En el año 2006 se inició el trabajo de puesta a punto del Sistema de Información y Gestión de la Investigación Sanitaria (SIGIS) de la Región de Murcia, que se completa en 2007. Esta iniciativa es precisa debido a la dispersión y falta de aglutinación de la información correspondiente al ámbito de la investigación sanitaria. Este sistema incluye registro de Grupos de Investigación Sanitaria, así como registro de convocatorias, proyectos, actividad en los centros, ensayos clínicos, etc.

En relación con convocatorias concretas (tabla 19), destaca la mejora en la convocatoria de proyectos de evaluación de tecnologías sanitarias e investigación en servicios de salud (4 de 10), así como la inclusión de grupos en los nuevos Ciber (4 de 7). También hay presencia en las Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud (3 de 9), que se espera potenciar en los próximos años.

En cuanto a los ensayos clínicos, la Región de Murcia apuesta, a partir de la formalización de la Encomienda de Gestión de la Investigación Sanitaria en 2007, por la creación de la Oficina de Apoyo a la Gestión de Ensayos Clínicos (OAGEC) para dinamizar la investigación clínica con medicamentos en la región, como una de sus prioridades estratégicas para 2007. El reto principal que hay que afrontar es la tramitación en paralelo con la adopción de modelos de contrato estándares para todos los centros regionales. En la actualidad existen cuatro comités de ética de investigación clínica (CEIC) que vienen a tramitar unos 100 protocolos al año (sin contar modificaciones a protocolos ya existentes). Des-

TABLA 19. Ayudas a proyectos de investigación del FIS, 2006 (Murcia)

Entidad solicitante	Solicitudes presentadas	Solicitudes admitidas definitivas	Solicitudes concedidas	Investigador principal y centro de realización	Importe concedido (euros)
FFIS	4	3	1	Manuel Madrigal de Torres	16.861,35
SMS	17	13	SD	SD	SD
CARM	1	1	SD	SD	SD
UMU	11	10	SD	SD	SD
UPC	1	1	SD	SD	SD
UCAM	1	1	SD	SD	SD

CARM, Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; FFIS, Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia; FIS, Fondo de Investigación Sanitaria; SD, sin datos; SMS, Servicio Murciano de Salud; UCAM, Universidad Católica de San Antonio de Murcia; UMU, Universidad de Murcia.

TABLA 20. Proyectos de evaluación de las tecnologías sanitarias, 2006 (Murcia)

Entidad solicitante	Solicitudes presentadas	Solicitudes admitidas definitivas	Solicitudes concedidas	Investigador principal y centro de realización	Importe concedido (euros)
FFIS	10	10	4	Eva Abad Corpa	58.443
				Javier Júdez Gutiérrez	23.232
				M. López-Sánchez Solís Querol	58.685
				Juan Antonio Sánchez Sánchez	21.780
SMS	2	0	0		
UMU	3	1	1	Manuel Madrigal de Torres	SD

FFIS, Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia; SD, sin datos; SMS, Servicio Murciano de Salud; UMU, Universidad de Murcia.

TABLA 21. Proyectos Ciber, 2006 (Murcia)

Entidad solicitante	Solicitudes presentadas	Solicitudes admitidas definitivas	Solicitudes concedidas	Investigador principal y centro de realización	Importe concedido (euros)
FFIS	3	3	2	Rocío Álvarez López	SD
				Carmen Navarro Sánchez	SD
UMU	4	4	2	SD	SD

FFIS, Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia; SD, sin datos; UMU, Universidad de Murcia.

TABLA 22. Redes temáticas de investigación cooperativa en salud, 2006 (Murcia)

Entidad solicitante	Solicitudes presentadas	Solicitudes admitidas definitivas	Solicitudes concedidas	Investigador principal y centro de realización	Importe concedido (euros)
FFIS	9	8	3	Juan Torres Lanzas (Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca)	6.000
				Mariano Valdés Chávarri (Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca)	87.120
				Vicente Vicente García (Centro de Hemodonación)	108.000

FFIS, Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia.

taca el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (60 protocolos, según datos provisionales) y el Hospital General Universitario José María Morales Meseguer (40 protocolos, según datos provisionales).

Las tablas 19-26 resumen las convocatorias de 2006 del Ministerio de Sanidad-ISCIII (Instituto de Salud Carlos III).

TABLA 23. Convocatoria de infraestructuras, 2006 (Murcia)

Entidad solicitante	Solicitudes presentadas	Solicitudes admitidas definitivas	Solicitudes concedidas	Investigador principal y centro de realización	Importe concedido (euros)
FFIS	1	1	1	Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca	228.900

FFIS, Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia.

TABLA 24. Convocatoria de ayudas predoctorales, 2006 (Murcia)

Entidad solicitante	Solicitudes presentadas	Solicitudes admitidas definitivas	Solicitudes concedidas	Investigador principal y centro de realización	Importe concedido (euros)
FFIS	4	4	1	Adriana Ordóñez González (Centro de Hemodonación)	SD
UMU	3	3	0	SD	SD

FFIS, Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia; SD, sin datos; UMU, Universidad de Murcia.

TABLA 25. Convocatoria de contratos de apoyo a la investigación, 2006 (Murcia)

Entidad solicitante	Solicitudes presentadas	Solicitudes admitidas definitivas	Solicitudes concedidas	Investigador principal y centro de realización	Importe concedido (euros)
FFIS	10	9	4	Laura Martínez Alarcón (Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca)	SD
				Concepción López Martínez (Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca)	SD
				Susana Nieto Cerón (Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca)	
				Rubén Mota Blanco (Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca)	

FFIS, Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia; SD, sin datos.

TABLA 26. Convocatoria de contratos posdoctorales de perfeccionamiento, 2006 (Murcia)

Entidad solicitante	Solicitudes presentadas	Solicitudes admitidas definitivas	Solicitudes concedidas	Investigador principal y centro de realización	Importe concedido (euros)
FFIS	6	6	1	David Hernández Espinosa (Centro de Hemodonación)	SD

FFIS, Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia; SD, sin datos.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA

Respecto a los sistemas de información sanitaria (tabla 27), destacan los siguientes aspectos:

Atención especializada

- Catálogo Nacional de Hospitales: Análogo al nacional, gestiona la información en el ámbito autonómico.

- Encuesta de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado (EESRI): Análoga a la nacional, gestiona la información en el ámbito autonómico.
- Sistema de Información del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria. Unidades informantes: centros hospitalarios radicados en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, excepto el hospital dependiente del Ministerio de Defensa. En 2006 se incorporó un centro monográfico psiquiátrico, de menos de 40 camas.

TABLA 27. Sistemas de información sanitaria, 2006 (Murcia)

	Sí/no	Año(s) en que se ha realizado	Puntuación por encima de 49 (sobre 100) en mayores de 17 años				Observaciones
			Hombres	Porcentaje	Mujeres	Porcentaje	
Región de Murcia	Sí	PCS (2006)	290	42,4	192	24,6	Resultados preliminares en población diabética empleando cuestionario SF-12
	Sí	MCS (2006)	465	67,9	378	48,4	

Periodicidad: trimestral.

Información recogida: al alta hospitalaria, cirugía mayor ambulatoria (información remitida por todos los centros que la realizan), hospital de día (en implantación, 3 centros), técnicas diagnósticas (en implantación, 1 centro), hospitalización a domicilio (en implantación, 1 centro). Información nominal.

Se continúa trabajando en la implantación de un CMBD específico para las urgencias hospitalarias.

Atención primaria

- Sistema de Información del Conjunto Mínimo Básico de Datos: se está desarrollando la definición del CMBD de atención primaria.

Poblacional

- Estado de Salud (calidad de vida): Se ha iniciado una línea de trabajo para su conocimiento y monitorización mediante el cuestionario SF-12. A lo largo del año 2006 se ha aplicado a una patología concreta (diabetes), con validez en las áreas de salud. En el año 2007 está prevista su aplicación en población general.

Sistemas de información geográfica

En relación con los sistemas de información geográfica, de manera habitual se trabaja en las áreas de salud en la mayor parte de los indicadores de salud.

CALIDAD

Fundación Europea para la Gestión de la Calidad

Tras diferentes intentos de implantar la metodología del modelo EFQM en la región, en 2005 se consiguió realizar un proceso global y completo de autoevaluación por las 14 gerencias que componen el Servicio Murciano de Salud (SMS).

Una vez que se identificaron las diferentes oportunidades de mejora, se han establecido diferentes marcos

de trabajo corporativo, uno de los cuales es el desarrollo de la excelencia en la gestión. En este sentido, durante el año 2006, se estableció un convenio de colaboración con el Club Excelencia en Gestión (National Partner Organisation para España de la EFQM). En dicho convenio se sentaron las bases por las cuales la Consejería de Sanidad y el SMS son socios del citado club, así como de las actividades para dicho año que se fundamentan mayoritariamente en dos niveles de desarrollo:

- Por una parte, asimilar conceptos básicos de excelencia en gestión y proporcionar conocimientos en profundidad del modelo EFQM de excelencia a los equipos directivos del SMS. Así, durante el año 2006 se impartió formación sobre *Análisis e Interpretación del Modelo EFQM en el Servicio Murciano de Salud* a un total de 90 participantes pertenecientes todos ellos a equipos directivos de todas las Gerencias del SMS.
- Por otra parte, se ha querido desarrollar una red de evaluadores internos acreditados. En este sentido, se ha formado a un total de 18 evaluadores seleccionados entre los responsables de la coordinación de los procesos de autoevaluación en todas las gerencias del SMS, proporcionándoles herramientas para la implantación de los planes de mejora tras una autoevaluación, o el uso y aprovechamiento de la aplicación Perfil.

Guías de práctica clínica

En el año 2006 se realizó el trabajo de revisión de la evidencia científica en EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y diabetes de tipo 2. Por consenso, entre los grupos de trabajo se decidió acudir en primer lugar a las guías de práctica clínica ya publicadas, junto con una búsqueda de metaanálisis y revisiones sistemáticas en los apartados de promoción de la salud y asistencia sociosanitaria.

La agrupación de actividades se articularon en torno a los siguientes seis apartados o funciones dentro del desarrollo de la enfermedad crónica:

1. Promover un estilo de vida preventivo.
2. Detectar factores de riesgo.
3. Modificar factores de riesgo.
4. Diagnosticar.
5. Control.
6. Asistencia sociosanitaria.

El informe final recoge un total de 183 recomendaciones en EPOC y 150 en diabetes. Incluyó también un análisis de la situación actual y perspectivas de iniciativas similares de otros países.

Con el objetivo de identificar las necesidades y expectativas de los pacientes y de los profesionales sanitarios que los atienden, se proyectó la ejecución de una serie de grupos focales. De este modo, se han desarrollado hasta el momento seis grupos focales con pacientes, tanto para los centros de salud como para las consultas de atención especializada para conocer sus necesidades y expectativas en cuanto al tratamiento de estos pacientes.

Los grupos realizados han proporcionado información muy valiosa sobre la fase previa al diagnóstico, es decir, sobre identificación y modificación de factores de riesgo, así como de aspectos de la organización del sistema sanitario (tanto en atención primaria como en especializada) y del personal implicado en la atención a pacientes. Han apuntado estrategias para el cambio de hábitos, modificación de estilos de vida y para conseguir adherencias al tratamiento y para atenuar el impacto emocional que representa conocer el diagnóstico.

Encuesta de satisfacción a personas usuarias

Durante el año 2006 se continuó la línea establecida de identificación permanente de las necesidades y expectativas de las personas usuarias del SMS.

En este sentido, y como novedades, se han modificado algunas de las preguntas de los cuestionarios utilizados y se ha procedido a establecer cortes trimestrales en vez del único anual realizado hasta la fecha con el objetivo de mejorar la representatividad temporal de la muestra. Se han realizado las siguientes actividades:

- Proyecto encuesta EMCA de calidad percibida en atención primaria.

Durante el año 2006 se ha remitido el cuestionario a 15.226 personas usuarias de las consultas médicas o de enfermería en todos los centros de salud de la Región.

- Proyecto encuesta EMCA de calidad percibida en poshospitalización.

Durante el año 2006 se procedió al envío de 4.777 cuestionarios a pacientes dados de alta en todos los hospitales públicos de la Región.

Incorporación de objetivos a contratos

Gestión por procesos

La Consejería de Sanidad de la Región de Murcia y el Servicio Murciano de Salud han optado por un enfoque de procesos como sistema de gestión en el marco de la apuesta decidida por llevar a toda la organización hacia la excelencia a través del modelo EFQM.

La gestión por procesos es un sistema de organización basado en los principios de la calidad total (satisfacción de las personas usuarias, implicación activa de los profesionales y mejora continua de las actividades que se realizan) y que están permitiendo a las organizaciones que los adoptan una eficacia y flexibilidad mucho mayor para optimizar resultados, adaptarse a los nuevos requerimientos de los clientes y mejorar tanto la calidad de los servicios ofertados como la satisfacción de sus profesionales.

En este sentido, la gestión por procesos como sistema avanzado de gestión es utilizada cada vez por más organizaciones ya que facilita la comprensión de cada proceso, la asunción de responsabilidad por parte de los profesionales y la coordinación de la organización para prestar una mejor atención a los clientes.

Durante el año 2006 se elaboraron los mapas de proceso de nivel 0 de todas las gerencias del Servicio Murciano de Salud y se diseñaron 30 procesos priorizados por el conjunto de las gerencias.

Cuidados de enfermería

En el marco de los acuerdos y proyectos conjuntos que están llevando a cabo la Dirección General de Asistencia Sanitaria y la Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria, se constituye un grupo de trabajo regional de enfermería para tratar los objetivos siguientes:

- Informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria.
- Actualización de protocolos de tratamiento de atención al paciente hospitalizado para prevenir caídas, cuidado del paciente con sonda vesical, cuidado del paciente portador de catéter venoso y valoración por enfermería de la situación del paciente al ingreso.
- Plan de información a pacientes: plan de acogida al ingreso de todos los pacientes.

Los productos durante el año 2006 han sido los siguientes:

- Estudio comparativo 2005-2007 de la calidad formal de los protocolos de cuidados de enfermería de los hospitales públicos del Servicio Murciano de Salud, mediante herramienta EMCA.
- Elaboración de un conjunto de indicadores para evaluación de los objetivos relacionados con cuidados de enfermería del contrato de gestión 2006.
- Diseño de un plan de monitorización: periodicidad, mecanismos para la recogida de los datos y métodos de interpretación de éstos.
- Diseño de un formato estandarizado de recogida de datos para la evaluación de los indicadores común a todos los centros sanitarios.
- Medición de indicadores de calidad de cuidados de enfermería: resultados globales regionales y por hospitales correspondientes al año 2006.
- Guía de apoyo metodológico para la evaluación de los indicadores de calidad de cuidados de enfermería.
- Modelo corporativo de informe de continuidad de cuidados.

PARTICIPACIÓN

La **tabla 28** resume el apartado de participación en la Región de Murcia.

DESCRIPCIÓN DE EXPERIENCIAS INNOVADORAS

Proyecto piloto de prevención del cáncer de colon y recto

Justificación

La puesta en marcha de un proyecto piloto de un programa de base demográfica para la prevención secundaria del cáncer de colon y recto en la Región de Murcia se fundamenta en el hecho de que es un objetivo del sistema sanitario regional, expresado de forma explícita en el Plan de Salud de la Región de Murcia; se incluye entre las recomendaciones del nuevo código europeo contra el cáncer; la Unión Europea lo ha incluido entre sus recomendaciones; la Estrategia Nacional contra Cáncer incluye la prevención del cáncer de colorrectal, así lo recomienda el *Informe sobre la prevención del cáncer de colon y recto en la Región de Murcia*.

Población diana

La población diana son un total de 29.858 hombres y mujeres entre 50 y 69 años de un área de salud de la Región de Murcia.

Características principales

La prueba de cribado es un test inmunoquímico para la determinación de sangre oculta en heces, dos determinaciones en dos días sucesivos; repetición bienal; colonoscopia óptica como prueba de confirmación diagnóstica, con resección de los pólipos que se detecten y su análisis anatomopatológico. Se garantiza el tratamiento a todo participante que lo precise. El proyecto se ha estructurado en torno a dos fases: captación y cribado, y confirmación diagnóstica y tratamiento. La primera fase se realiza por zona de salud de forma sucesiva y, además de informar a las autoridades locales y al equipo de atención primaria (EAP), se remite una carta personalizada en la cual se invita a participar a la población elegida. Para eso, deben retirar los equipos de las farmacias colaboradoras o los centros sanitarios de la zona y entregarlos en estos últimos, en un dispositivo asistencial específico del programa que se desplaza a cada centro. Las muestras son remitidas al laboratorio de referencia, siguiendo el procedimiento habitual de remisión de muestras biológicas y analizadas en éste, informando de los resultados a la oficina de gestión del proyecto. Esta oficina emite carta de resultados a los participantes y remite la información al EAP y a la unidad de diagnóstico y tratamiento. La segunda fase se inicia con la comunicación telefónica (siempre que es posible) a los positivos, se realiza una consulta de preparación de la colonoscopia y se reinforma para conseguir el consentimiento informado. Con posterioridad, se realiza la colonoscopia, que incluye la exéresis de los pólipos que se encuentran y la toma de biopsias de las lesiones planas sospechosas, que son estudiadas e informadas anatomopatológicamente. En los casos de cáncer invasivo, entra en la vía clínica del cáncer de colon y recto para su tratamiento definitivo. Para el desarrollo de estas actividades se ha organizado un dispositivo en el cual se han integrado los tres niveles de actuación sanitaria: atención primaria, atención hospitalaria y salud pública.

Evaluación

Dadas las características de proyecto piloto, se ha previsto calcular indicadores, tanto para ayudar a planificar su extensión a toda la región como los propios de un programa preventivo y se ha diseñado una aplica-

TABLA 28. Participación, 2006 (Murcia)

Garantías a los pacientes con necesidades especiales de información asociadas a la discapacidad		Convenios firmados en 2006 para la mejora de la calidad asistencial: enfermos de Crohn y colitis ulcerosa, disminuidos físicos, esclerosis múltiple, espina bífida, problemas de crecimiento, lucha contra la fibrosis quística, hemofilia y enfermedad renal			
	Sí/no	Denominación	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativo (tipo)	Observaciones
Figura o institución de defensa de los derechos de los pacientes	Sí	Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias	Decreto núm. 105/2004, de 22 de octubre, por el que se establecen los órganos básicos de la Consejería de Sanidad	Secretaría Autonómica	Competencias de dirección y coordinación general en materia de tutela de los derechos y obligaciones de los usuarios del sistema de sanitario público regional y, en general, el estudio e implantación de sistemas de información y atención al ciudadano para el acceso a las prestaciones sanitarias
	Sí/no	Cuantía dedicada en 2004 (euros)	Número de asociaciones subvencionadas en 2004	Referencia normativa de la convocatoria	
Subvenciones a asociaciones de pacientes	Sí	129.526,91	19	Orden de 23/02/2004, Jornadas Orden de 23/02/2004, Crónicos	
	Sí/no	Cuantía dedicada en 2005 (euros)	Número de asociaciones subvencionadas en 2005	Referencia normativa de la convocatoria	
Subvenciones a asociaciones de pacientes	Sí	196.000	31	Orden 26/01/2005, Crónicos Orden 8/02/2005, Jornadas	
	Sí/no	Referencia legislativa			
Libre elección de médico	Sí	En fase de Anteproyecto de Ley de Derechos y Deberes de los usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia			
Segunda opinión	Sí	Proyecto de Decreto, pendiente de publicar.			
Acceso a la historia clínica		Guía de acceso a la historia clínica, manual para el personal			
Consentimiento informado	Sí	En fase de Anteproyecto de Ley de Derechos y Deberes de los usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia			
Instrucciones previas/ últimas voluntades	Sí	Decreto núm. 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el reglamento de instrucciones previas y registro			
Guía o carta de servicios	Sí	Guía de derechos y deberes de los usuarios Guía de la documentación clínica Guía de los comités de ética asistencial Guía de la información sobre listas de espera			
Información en el Sistema Nacional de Salud*	Sí	Decreto núm. 25/2006, de 31 de marzo, por el que se desarrolla la normativa básica estatal en materia de información sobre listas de espera y se establecen las medidas necesarias para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del sistema público de la Región de Murcia.			

Desarrollo de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Información de carácter administrativo relativa a servicios y unidades asistenciales disponibles y a los requisitos de acceso a éstos: libertad de elección de médico y centro, conocimiento de listas de espera, posibilidad de segunda opinión, etc.

ción informática específica. Entre los más relevantes están la cobertura, la tasa de participación, la tasa de positivos, la media de exéresis de pólipos por persona, la tasa de detección de adenomas avanzados cáncer y la tasa de tumores avanzados.

Resultados

El proyecto piloto se inició en 2006 y tiene una duración de 2 años, por lo que aún no se dispone de resultados, aunque en breve está previsto realizar el informe de su primer año.

Plan de educación para la salud en la escuela

Justificación

El Plan de Salud 2003-2007 de la Región de Murcia establece la necesidad de elaborar un marco conjunto, estructurado, sistemático y continuado para la promoción de los estilos de vida saludables en el ámbito escolar siguiendo tres estrategias de actuación: curricular, participativa y formativa.

Población diana

La población diana son un total de 667 centros docentes no universitarios con sus comunidades educativas: 248.000 escolares, más de 25.000 profesionales entre docentes y sociosanitarios y cerca de 250.000 padres y madres.

Características principales

Se han llevado a cabo actividades de promoción y difusión: nueve reuniones con directores de centros educativos por ámbitos de centros de profesores y recursos, una con coordinadores y responsables de equipos de atención primaria de gerencia de Cartagena, una con inspectores de Educación y una con altos cargos de consejerías, entre otras. El desarrollo de la estrategia curricular ha implicado su implantación en 127 comunidades educativas mediante la puesta en marcha del centro de recursos y publicación de materiales educativos, apoyo y asesoramiento a 20 centros que lo han demandado y el nombramiento de un coordinador de EpS (educación para la salud) en todos los centros. La estrategia participativa está basada en la cooperación y coordinación de todas las estructuras que intervienen, desde las consejerías hasta las familias, con nombramiento de responsables en todas las estructuras de referencia y la promulgación de dos órdenes conjuntas

entre ambas consejerías para facilitar el desarrollo de la EpS en la escuela. Por último, la estrategia formativa, que actúa sobre la formación pregrado y posgrado de los profesionales docentes y sanitarios, ha permitido introducir contenidos de promoción de salud en la formación inicial que se oferta a los profesionales docentes en su período de prácticas, el diseño de un programa de formación en EpS para docentes y dos seminarios de formación para coordinadores. También se ha planteado la formación de las familias, intentando poner en marcha escuelas de padres. El plan prevé actividades de investigación, de las cuales se ha realizado el estudio sobre las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares y el estudio de percepciones sobre educación para la salud en la escuela del profesorado de la Región de Murcia. Constructor y metodología educativa.

Evaluación

El plan prevé una serie de indicadores tanto de proceso como de resultado para la evaluación temporalizada de los objetivos específicos que plantea. Recoge cuatro evaluaciones intermedias. La primera de ellas se realizó en junio de 2006.

Resultados

En la evaluación realizada en junio de 2006, los objetivos planteados se consiguieron. En el momento de desarrollo actual del plan de EpS en la escuela es difícil cuantificar la repercusión en salud para los ciudadanos. En su diseño se han establecido indicadores de evaluación sobre el impacto que tendrá en la salud de la población de esta comunidad autónoma (en las conductas de salud y morbimortalidad de los y las escolares y en las actitudes y participación del personal profesional en el desarrollo de escuelas promotoras de salud).