

5. Convocatoria de ayudas para la promoción de la formación predoctoral del personal sanitario del sistema regional de salud.
6. Convocatoria de becas y ayudas para asistencias a cursos de formación, congresos y jornadas.

La evolución temporal de la producción científica de la Región de Murcia, incluyendo la actividad del ámbito sanitario, está disponible en los datos públicos hasta 2005. 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 (destacando con el 11,5 % el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca).

En la Región de Murcia en 2007 no existían centros con dedicación exclusiva a la investigación sanitaria, a diferencia de otros ámbitos como el agrícola (IMIDA, Instituto Murciano de Investigación y Desarrollo Agrario y Alimentario) o la biología aplicada (CEBAS, Centro de Edafología y Biología Aplicada del Segura). 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.

La Región de Murcia se ha dotado a lo largo de 2007 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 (v. más adelante). Sin embargo, no existen demasiadas líneas de investigación que incluyan aspectos de género aunque de forma esporádica, están apareciendo algunas muy potentes, incluidas en el Ciber de Epidemiología y Salud Pública que hacen pensar en un futuro prometedor.

En el año 2007 se avanzó en el comienzo de registro de la actividad en investigación sanitaria mediante la puesta a punto del Sistema de Información y Gestión de la Investigación Sanitaria (SIGIS) de la Región de Murcia; en 2008 se dispondrá de un registro fiel y actualizado de la actividad investigadora. 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 12) destaca la mejora en la convocatoria de proyectos de evaluación de tecnologías sanitarias e investigación en servicios de salud, así como la inclusión de grupos en los nuevos Ciber. También hay presencia en las Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud que se espera potenciar en los próximos años.

En cuanto a los ensayos clínicos, a partir de la formalización de la Encomienda de Gestión de la Investigación Sanitaria en 2007, se ha decidido la constitución de la Oficina de Apoyo a la Gestión de Ensayos Clínicos (OAGEC) para dinamizar la investigación clínica con medicamentos en la región. 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 la Investigación Clínica (CEIC) que vienen a tramitar unos 100 protocolos al año (sin contar modificaciones a protocolos ya existentes). Destacan el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (60 protocolos, datos provisionales) y el Hospital General Universitario José María Morales Meseguer (40 protocolos, datos provisionales).

TABLA 12. Investigación, 2007 (Murcia)

	Sí/no	Número
Comités éticos de investigación clínica (CEIC)	Sí	4
Proyectos de investigación financiados por el FIS	Sí	24

FIS, Fondo de Investigación Sanitaria.

Sistemas de información sanitaria

- 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):
 - Análogo al nacional, gestiona la información en el ámbito autonómico.
 - Sistema de Información del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD):
 - Unidades informantes: todos los centros hospitalarios radicados en la Región de Murcia.
 - Periodicidad: trimestral.
 - Información recogida: al alta hospitalaria, cirugía mayor ambulatoria, hospital de día (en implantación), técnicas diagnósticas (en implantación), hospitalización a domicilio (en implantación) e información nominal.
- 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):
 - Continuando con la línea de trabajo iniciada el año anterior. En 2007 se ha aplicado el cuestionario SF-12 a una muestra de población general, con validez por área de salud.
- De manera continuada se trabaja con la desagregación por área de salud en la mayor parte de los indicadores.

Calidad

Guía Informe Calidad 2007

Evaluación con el modelo EFQM

Continuando en 2007 con el objetivo de difundir conceptos básicos de excelencia en gestión y proporcionar conocimientos en profundidad del modelo EFQM de Excelencia, durante ese año, se impartió formación sobre “Versión 2003 del Modelo EFQM y autoevaluación con la herramienta Perfil V4.0” a un total de 25 alumnos pertenecientes todos ellos a equipos directivos de todas las gerencias del SMS que han alcanzado la capacitación de evaluadores internos. De igual modo, se ha formado a un total de 17 profesionales sobre aspectos básicos del modelo entre líderes clínicos y de gestión del SMS.

Además, se ha producido un decisivo avance en el objetivo de superar los procesos de autoevaluación de cara a obtener los correspondientes reconocimientos de “Compromisos con la Excelencia/Committed to Excellence” europeos, por parte de todas las gerencias del SMS. En este sentido, dos miembros de la subdirección, reconocidos como licenciarios del club de excelencia en gestión, han realizado la validación de los procesos de autoevaluación realizados hasta la fecha.

Proyecto GuíaSalud

Durante el año 2007 continúa la participación de dos miembros de la Subdirección en los Comités Ejecutivo y Científico del Proyecto GuíaSalud aprobado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Entre los logros obtenidos por este proyecto en el pasado año, destaca el notable incremento de guías de práctica clínica (GPC) incluidas en su base de datos, así como la publicación del libro *Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico* con ISBN 978-84-612-1106-7, definido por el Ministerio de Sanidad como el instrumento básico para el programa nacional para la elaboración de GPC.

Encuesta de satisfacción a personas usuarias

Proyecto encuesta EMCA de calidad percibida en atención primaria

Durante el año 2007 se ha enviado el cuestionario a 15.255 personas usuarias de las consultas médicas o de enfermería en los centros de salud de la región. Posteriormente, se procedió a la informatización, depuración, explotación y análisis de éstos.

Proyecto encuesta EMCA de calidad percibida poshospitalización

Durante el año 2007 se ha procedido al envío de 4.724 cuestionarios a pacientes dados(as) de alta en los hospitales públicos de la región (1.788 quirúrgicos, 1.804 médicos y 1.132 mujeres que habían dado a luz). Posteriormente, se realizó la codificación, depuración, explotación de los datos y la elaboración de informes.

Nuevas encuestas

Con el fin de conocer la calidad percibida y el nivel actual de satisfacción de las personas usuarias de las consultas externas de los hospitales de la región, e identificar oportunidades de mejora se acordó utilizar una herramienta adecuada a dichos fines. Para ello y por la ausencia de un cuestionario publicado idóneo, se procedió a elaborar uno propio. Se realizaron grupos focales para recoger las necesidades y expectativas de las personas usuarias, se aportó la experiencia propia y de otros servicios de salud y la información obtenida se materializó en un nuevo cuestionario que se pondrá en funcionamiento a partir del año 2008.

Incorporación de objetivos a contratos

Indicadores sobre calidad de cuidados de enfermería

- El hospital valorará la implementación del plan de acogida al ingreso en unidades de hospitalización.
- El hospital valorará la atención de enfermería en relación con las siguientes áreas de cuidados: valoración de la situación del paciente al ingreso, prevención de úlceras por presión, prevención de caídas, cuidados al paciente portador de sonda vesical y cuidados al paciente portador de catéter venoso.
- El hospital valorará la continuidad de cuidados interniveles mediante las actuaciones relacionadas con la implantación del modelo corporativo de informe de continuidad de cuidados.

- Todos los centros deberán tener en funcionamiento la comisión central de cuidados de enfermería que, entre otras funciones, se encargará de definir la misión, visión y líneas estratégicas del área de enfermería, y de definir la cartera de servicios de cuidados enfermeros de la organización.

Seguridad de pacientes

Todos los centros participarán en el análisis de situación respecto a los indicadores propuestos por el Proyecto de Investigación Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia, para implantar y mejorar prácticas de calidad para la seguridad de los pacientes.

Otros

Formación en calidad

A lo largo de 2007 se han llevado a cabo actividades relativas a la organización, docencia, seguimiento y evaluación de ocho cursos de formación en calidad asistencial, con un total de 322 horas docentes impartidas y 156 profesionales participantes.

Investigación en calidad

Las actividades de promoción mediante la financiación de ayudas específicas a proyectos de investigación sobre la gestión de la calidad asistencial, dirigidas a los y las profesionales sanitarios(as) que ejerzan su actividad en el ámbito de la Región de Murcia, se desarrollaron al amparo de la concesión directa de una subvención a la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia, para la promoción de la investigación en materia de calidad asistencial.

Tras la pertinente convocatoria, se presentaron un total de seis solicitudes por un total de 69.628 euros, lo que representa un promedio de 6.857,14 euros por proyecto presentado. Se concedió ayuda a un proyecto de investigación, lo que representa el 16,66 % de todos los proyectos presentados. El importe total de la ayuda concedida fue de 9.000 euros.

Actividades de evaluación y monitorización de indicadores de calidad asistencial

Los trabajos se han centrado en los siguientes proyectos:

- Evaluación de la calidad de los informes de alta de hospitalización de los hospitales del Servicio Murciano de Salud: entre julio y noviem-

bre de 2007 se han evaluado, por parte de dos enfermeras y una psicóloga, que habían sido entrenadas previamente, 3.996 informes de alta correspondientes a todos los hospitales del Servicio Murciano de Salud. Para ello fueron utilizados 22 criterios de calidad y el indicador índice de sustitución, que habían sido definidos previamente por parte del equipo de trabajo que llevó a cabo el diseño del proyecto.

- Evaluación y mejora de la calidad de los documentos de consentimiento informado: las actividades realizadas a lo largo del año 2007 incluyeron el diseño del proyecto, la petición a los centros de los documentos por evaluar, el diseño del programa informático para la realización del trabajo de campo y el entrenamiento de la evaluadora.
- Monitorización de indicadores: durante el año 2007 se ha elaborado un informe en el cual se presentan los principales resultados para los indicadores del Healthcare, Cost and Utilization Project 2 (HCUP-2) para el hospital Virgen de la Arrixaca en los años 2003-2005, y los resultados agregados, para los años con información disponible, en el resto de hospitales.

Actividades de diseño de la calidad

En el año 2007 se realizó el trabajo de *revisión* del documento con la evidencia científica sobre EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y diabetes para las funciones de promoción de la salud, detección y modificación de factores de riesgo, control de la enfermedad y asistencia sociosanitaria. Finalmente, se emitió un informe con 183 recomendaciones en EPOC y 150 en diabetes.

Colaboraciones con el Servicio Regional de Salud

El grupo de trabajo sobre evaluación y mejora de la calidad de cuidados de enfermería logró los siguientes productos en 2007:

- 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.
- Diseño de un Sistema de Indicadores de Calidad de Cuidados de Enfermería y Plan de Monitorización.
- Guía de apoyo metodológico para la evaluación de los indicadores de calidad de cuidados de enfermería.
- Informes periódicos con los resultados de la Evaluación de los Indicadores de Calidad de Cuidados de Enfermería, comparativos por hospitales y global regional correspondientes a 2006 y a 2007.
- Diseño del Modelo Corporativo de Informe de Continuidad de Cuidados.
- Creación de un Banco de Iniciativas de Acciones de Mejora.

Proyecto de lactancia materna

Se han realizado las siguientes actividades durante el año 2007:

- Encuesta de prevalencia de lactancia materna en la Región de Murcia: se ha realizado un estudio de prevalencia regional sobre lactancia materna, mediante una encuesta realizada a madres de niños menores de 24 meses, en las seis áreas de salud.
- Actividades formativas: se ha celebrado un curso de investigación en lactancia materna de 50 horas de duración. El número total de participantes fue 30.
- Jornada Regional sobre Lactancia Materna. El pasado 26 de octubre se celebró la I Jornada Regional sobre Lactancia Materna con una asistencia de 173 profesionales sanitarios(as).
- Identificación de la situación respecto a los 10 pasos de la iniciativa Hospital Amigo de los Niños en todas las instituciones sanitarias públicas de la Región de Murcia.
- Identificación de necesidades y expectativas mediante la técnica de los grupos focales: hasta el momento se han desarrollado cuatro grupos y están desarrollándose otros cuatro.

Participación

Con relación a la participación, se incluye el borrador del Anteproyecto de Ley de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia, que recoge elementos de la normativa de desarrollo regional de la Ley 41/2002 y otros aspectos que han sido aportados por las diferentes instituciones y consejos participativos y de asesoramiento, que tendrán su repercusión en la calidad de la asistencia sanitaria (tablas 13 y 14).

TABLA 13. Normas legales fundamentales en materia de participación, 2007 (Murcia)

Denominación	Publicación
Decreto 26/2005, de 4 de marzo, por el que se regula el Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial Dr. D. Juan Gómez Rubí y los Comités de Ética Asistencial	BORM, 12/03/2005. Núm. 59/2005 (pág. 6.300) Marg. 2.914
Decreto 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el reglamento de instrucciones previas y su registro	BORM, 19/07/2005. Núm. 164/2005 (pág. 17.253) Marg. 8.603
Orden de 26 de julio de 2005, de la Consejería de Sanidad, sobre sugerencias, reclamaciones, quejas y agradecimientos formuladas por los usuarios de servicios sanitarios	BORM, 19/08/2005. Núm. 190/2005 (pág. 19.034) Marg. 9.728.
Decreto 25/2006 de 31 de marzo, por el que se desarrolla la norma 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 de la Región de Murcia	BORM, 08/04/2006. Núm.82/2006 (pág. 10.962) Marg. 4.532
Orden de 1 de febrero de 2007, de la Consejería de Sanidad, por el que se crea el Observatorio sobre Drogas de la Región de Murcia	BORM, de 16/02/2007. Núm. 39/2007 (pág. 5.151) Marg. 2.109
Decreto 71/2007, de 11 de mayo, por el que se establece el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en la red sanitaria de utilización pública de la Región de Murcia	BORM, 22/05/2007. Núm. 116/2007 (pág. 15.388) Marg. 6.796

TABLA 14. Participación, 2007 (Murcia)

	Sí/no	Referencia legislativa		Observaciones
Libre elección de médico	No			Se han desarrollado acciones ya iniciadas
Segunda opinión	Sí	Decreto 71/2007, de 11 de mayo, por el que se establece el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en la red sanitaria de utilización pública de la Región de Murcia		
Acceso a la historia clínica	No			Se han desarrollado acciones ya iniciadas
Consentimiento informado	No			Se han desarrollado acciones ya iniciadas
Instrucciones previas/ últimas voluntades	No			Se han desarrollado acciones ya iniciadas
Guía o carta de servicios	Protocolo de traslados e ingresos de las personas que padecen enfermedad mental. Guía de la segunda opinión médica			
	Sí/no	Denominación		Referencia legislativa
Figura o institución de defensa de los derechos de los pacientes	Sí	Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias		Decreto 105/2004, de 22 de noviembre, por el que se establecen los órganos básicos de la Consejería de Sanidad
	Sí/no	Cuantía dedicada en 2007 (en euros)	Número de asociaciones subvencionadas en 2007	Referencia normativa convocatoria
Subvenciones a asociaciones de pacientes de enfermos crónicos	Sí	225.000	45	Orden de 23 de febrero de 2007 de la Consejería de Sanidad (BORM, 16/03/2007)
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. BORM, Boletín Oficial de la Región de Murcia.				

A continuación se transcribe el borrador de Anteproyecto de Ley de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia.

“Desde esta perspectiva de integración, la Ley (anteproyecto) pretende superar una concepción meramente enunciativa o enumerativa de derechos y deberes para proponer, por el contrario, una visión global que incluya tanto los principios rectores o fundamentales que deben inspirar toda actuación sanitaria, los bloques o ámbitos de protección en que se concentran los diferentes derechos como los elementos que conforman el régimen de tutela y garantía de los derechos reconocidos. En consonancia con este contenido básico, la Ley se estructura en nueve títulos, tres disposiciones adicionales, una disposición derogatoria y tres finales.

El Título preliminar regula aquellas disposiciones generales relativas al contenido básico de la Ley, definiendo su objeto, la finalidad perseguida, los destinatarios y el ámbito de aplicación; por último, especifica el papel que los profesionales sanitarios y la Administración Sanitaria deben asumir en el cumplimiento y respeto de los derechos sanitarios de los ciudadanos.

Por su parte, el Título I centra su atención en el enunciado de los aspectos más generales y previos que, posteriormente, van a ser objeto de desarrollo en el resto del articulado. Así, su Capítulo I relaciona los principios rectores que, fundamentados en los derechos esenciales de la persona, deben inspirar e informar toda actuación de naturaleza sanitaria, a la que vez que, como declaración de principios, se proclama el deber de la Administración Sanitaria de promover la humanización de la asistencia sanitaria, propiciando un espacio de confianza y respeto entre todos los agentes que participan e intervienen en la sanidad. El Capítulo II enumera los grandes ámbitos o bloques de protección en que se pueden agrupar o concentrar los diferentes derechos sanitarios que los usuarios del sistema sanitario tienen reconocidos, y que posteriormente irán siendo objeto de desarrollo y concreción en los sucesivos Títulos de la Ley.

En esta línea, el Título II regula los derechos en materia de promoción de la salud y asistencia sanitaria. El Capítulo I apunta los derechos básicos de los usuarios en el ámbito de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, mientras que el Capítulo II enumera los derechos básicos en relación con la asistencia sanitaria. A estos efectos, relaciona los derechos que ostentan los usuarios del sistema sanitario público de la Región de Murcia, a la vez que especifica aquellos derechos que, como mínimo, tienen que ser garantizados a todos los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia. Finalmente, el Capítulo III reconoce la peculiaridad o especificidad de determinados colectivos que merecen una especial protección y, por tanto, una atención adecuada a sus condiciones; entre otros, tienen esta consideración las personas mayores, discapacitados, enfermos mentales, en especial cuando se encuentren en situación de dependencia, menores de edad, enfermos crónicos, terminales, etc.

De modo particular, requiere mención especial el artículo dedicado a los ciudadanos extranjeros, por cuanto consagra en el ámbito de la Comu-

nidad Autónoma de la Región de Murcia el derecho a la asistencia sanitaria pública a todos aquellos extranjeros que, sin derecho a cobertura asistencial y sin recursos, se encuentren en nuestra Comunidad, de conformidad con el procedimiento que reglamentariamente se establezca. De este modo, y siendo una de las Comunidades que proporcionalmente tiene un mayor volumen de población inmigrante, la Región de Murcia quiere poner de manifiesto su especial sensibilidad y solidaridad con todas aquellas personas que vienen a nuestra Región en busca de un mejor futuro, a través del reconocimiento y garantía de uno de los derechos de la persona más importantes, como es el derecho a la protección de la salud.

El Título III se ocupa de los derechos relacionados con la intimidad y confidencialidad de los usuarios, entre los que cabe destacar el derecho a ser acompañados por una persona de su confianza, en especial en aquellos usuarios y pacientes que merezcan especial protección, así como el derecho a la confidencialidad de sus datos personales y de los relativos a su salud, de conformidad con la normativa sobre protección de datos de carácter personal.

Los derechos en materia de información y participación sanitaria se recogen en el Título IV, que se subdivide en dos Capítulos. El primero de ellos centra su atención en desarrollar el derecho genérico a la información sanitaria, que se desglosa en diferentes vertientes. En una esfera más personal, todo paciente ostenta un derecho a la información asistencial sobre su propio estado de salud en relación con cualquier proceso asistencial. En un ámbito social o colectivo, se concreta en el derecho a la información epidemiológica, a la información sobre planes sanitarios y sociosanitarios y, en general, a la información sobre el propio sistema sanitario, destacando en este punto el papel que deben desempeñar los servicios de información y atención al ciudadano de los centros sanitarios. El Capítulo II se ocupa del derecho de participación de los ciudadanos a través de los órganos de participación sanitaria, así como mediante el ejercicio individual del derecho a formular sugerencias, reclamaciones, quejas y agradecimientos por el funcionamiento de los servicios sanitarios.

Dentro de los derechos relativos a la autonomía de la decisión, recogidos en el Título V de esta Ley, el Capítulo I está dedicado a la regulación del derecho a la libertad de elección y al consentimiento informado que en relación con su proceso asistencial debe asumir todo paciente o, en su defecto, aquellas personas que deben emitir este consentimiento por sustitución. El Capítulo II introduce determinadas previsiones específicas en el ámbito de la experimentación e investigación sanitaria. Por su parte, el Capítulo III contiene la regulación de las instrucciones previas, como documentos de carácter formal mediante los que una persona manifiesta anticipadamente su voluntad en relación con posibles actuaciones sanitarias, médicas e incluso en caso de fallecimiento, para que, llegado el caso, aquélla sea tenida en cuenta cuando el paciente no tiene facultades para adoptar libremente una decisión.

El Título VI contiene el conjunto de prescripciones en materia de documentación sanitaria. En el Capítulo I se ocupa de uno de los documentos asistenciales básicos, como es la historia clínica que constituye una garantía decisiva en la continuidad asistencial de un paciente, mientras que el Capítulo II se centra en otros informes y documentos clínicos, entre los que destacan los informes de alta, así como de alta voluntaria y forzosa.

La Ley dedica el Título VII a concretar los deberes de los usuarios y pacientes, que deben asumir un papel responsable en relación con la sanidad. Desde este punto de vista, el texto legal recoge tanto las obligaciones que tienen los usuarios respecto de su salud individual y de la salud colectiva como aquellos otros deberes que son exigibles a los ciudadanos en el acceso y uso de los servicios sanitarios y de las prestaciones sanitarias.

Por último, la Ley, en su Título VIII, se preocupa de establecer un régimen de protección y garantía para salvaguardar el cumplimiento y ejecución de los derechos y deberes definidos en esta norma. De modo específico, el Capítulo I incluye disposiciones genéricas de compromiso de la Administración Sanitaria en defensa de estos derechos y enumera las líneas de actuación y protección que deben favorecer su garantía, y que son posteriormente concretadas en el Capítulo II. Entre otras, se incluyen aspectos relativos a la autorización y acreditación de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, calidad de los servicios sanitarios, sistemas de información, inspección, ética asistencial, etc.

Por lo que respecta a la parte final de la Ley, hay que destacar la Disposición Adicional Segunda relativa a la promoción paulatina de las habitaciones de uso individual en el sistema sanitario público, la Disposición Adicional tercera para el impulso de los sistemas de información sanitaria, la cláusula derogatoria que deroga el apartado 5 del artículo 19 de la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia y la Disposición final primera que modifica la redacción del artículo 3 y 11.1 de esta Ley. Por último, la Disposición Final Segunda, relativa a la habilitación reglamentaria, establece, de modo específico, el mandato dirigido al Consejo de Gobierno de aprobar, en el plazo de un año a partir de la entrada en vigor de esta Ley, el desarrollo reglamentario del artículo 20.3 sobre el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a los ciudadanos extranjeros.

V.

En definitiva, la presente Ley (anteproyecto) no sólo debe configurarse como documento integrador que contiene el conjunto de derechos y deberes de los usuarios de la sanidad murciana, facilitando a los ciudadanos su conocimiento y ejercicio, sino que, en consonancia con las preocupaciones bioéticas y jurídicas surgidas en los últimos años, tanto en el ámbito nacional como internacional, debe a su vez servir de impulso y consolidación del papel que deben

asumir los usuarios y pacientes respecto del sistema sanitario como participantes activos de la sanidad, que deben implicarse directamente en todos los procesos y decisiones que afecten a su propia salud individual, pero también en la protección y promoción de la salud colectiva. De este modo, podrá propiciarse una relación más estrecha entre profesionales sanitarios y pacientes, sustentada en un clima de respeto y confianza, y donde la propia Administración Sanitaria tiene el deber de abordar las acciones necesarias que profundicen en la humanización y calidad de la asistencia sanitaria.”

Descripción de experiencias innovadoras

Calidad de vida y salud: diabetes mellitus

La política y la estrategia sanitarias de la Región de Murcia, plasmadas en el Plan de Salud 2003-2007, tienen como objetivo fundamental la calidad de vida y la salud de los ciudadanos y ciudadanas. No obstante, el Plan de Salud trata de forma concreta la intervención sobre una serie de problemas de salud relevantes en la región, como es el caso de la diabetes mellitus (DM). Según estos preceptos, surge el estudio *Calidad de vida y salud: diabetes mellitus*.

El objetivo de este estudio consistía en evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los diabéticos, así como detectar posibles desigualdades de salud y factores asociados. Se trata de una encuesta de salud dirigida a los diabéticos de tipo 1 y 2, mayores de edad, de la región. Accedieron a participar en el estudio 1.483 personas diabéticas. La información se recogió durante el año 2006, pero el estudio finalizó en 2007. La media de edad fue de 66,42 años y el 46,80 % fueron hombres. En total, la evolución media de la enfermedad fue de 10,07 años. Se observó una alta proporción de personas diabéticas en estratos de edad avanzada, sin estudios, casados y con actividad económica de pensionista/jubilado. El 98,18 % había nacido en España. La evaluación de la CVRS (cuestionario de salud SF12) se hizo mediante el cálculo de dos índices de salud, uno físico y otro mental. En el Índice de Salud Físico, el 34,04 % de las personas diabéticas manifestaron presentar buena calidad de vida y en el Índice de Salud Mental, el 57,23 %.

Los resultados finales del estudio pusieron de manifiesto la inexistencia de desigualdades en cuanto a la organización territorial de la asistencia sanitaria de la región. No obstante, se han detectado desigualdades en salud asociadas con determinantes socioeconómicos (el nivel de estudios se asocia con una mejor CVRS), con el sexo (los hombres presentan mejor CVRS que las mujeres), con el estado civil (los separados/divorciados presentan peor CVRS), con el tipo de tratamiento relacionado con la DM (las personas diabéticas tratadas con insulina presentan peor CVRS) y con la realización de ejercicio físico (los que lo realizan presentan mejor CVRS). Con todo ello, la evaluación de la CVRS de la persona diabética parece un proceso idóneo para la identificación y monitorización de desigualdades en salud y de utilidad en la elaboración de programas sanitarios y estrategias de salud.

Salud, inmigración y determinantes socioculturales. Estrategias para la acción

Durante el año 2007, la Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria (DGCAFIS) ha desarrollado el proyecto de investigación-acción Salud, Inmigración y Determinantes Socioculturales. Estrategias para la Acción con la finalidad de dar respuesta a las prioridades en salud del Marco de Cooperación para la Gestión del Fondo de Apoyo a la Acogida y la Integración de Inmigrantes. Con este proyecto, la DGCAFIS ha pretendido evaluar el impacto de la figura del mediador intercultural en los dispositivos asistenciales del Servicio Murciano de Salud y, más concretamente, en la atención primaria de salud. Asimismo, se ha diseñado y puesto en marcha un programa de formación en competencias culturales dirigido a los y las profesionales sanitarios(as) y no sanitarios(as) de atención primaria con el objetivo de adecuar sus perfiles profesionales a los recientes contextos multiculturales.

Para dar respuesta a los objetivos del proyecto, se realizó un pilotaje en el centro de atención primaria (CAP) de Totana, fundamentado por la importancia de la población inmigrante en esta localidad, incorporando una mediadora intercultural y definiendo, en una primera fase del trabajo, las principales áreas de intervención sociosanitaria mediante la técnica etnográfica de la observación participante. Se definieron las siguientes áreas de intervención: accesibilidad de la población inmigrante al centro de salud y su adaptación a las normas de éste, salud pediátrica, salud de la mujer, interpretación lingüística, así como el fomento de la competencia cultural de los y las profesionales sociosanitarios(as) y no sanitarios(as), mediante un programa de formación en competencias culturales diseñado específicamente para los y las profesionales del CAP de Totana.

Se realizaron un total de 65 intervenciones durante un período aproximado de 3 meses en las áreas señaladas, con un elevado impacto por parte de la intervención de la mediadora y se detectó simultáneamente una serie de necesidades, tanto de los y las profesionales sociosanitarios(as) y no sanitarios(as) del centro de atención primaria de Totana como de los y las pacientes inmigrantes, en los procesos de interacción asistencial, que llevaron a evaluar como necesaria e imprescindible la inclusión de la figura profesional de la mediación en el contexto de atención primaria de salud.

En relación con el programa de formación, se diseñó inicialmente una acción formativa en competencias culturales con una metodología mixta presencial y *on line* dirigida a todos los profesionales del centro y con una difusión particular a aquéllos integrados en las áreas señaladas anteriormente. Por motivos estructurales y dadas las dificultades expresadas por los pro-

pios profesionales para integrarse en la estructura del programa, se decidió modificar su metodología y sus objetivos técnicos y plantear un programa formativo innovador basado en el autoaprendizaje con tres estrategias pedagógicas claramente delimitadas: conocimiento en la acción, reflexión en la acción y reflexión sobre la reflexión en la acción.

Dicho programa tendrá continuidad durante el primer semestre del año 2008 y, una vez finalizado, se podrá realizar una evaluación global del proyecto y su continuidad dentro de las propuestas de investigación sociosanitaria de la DGCAFIS en el período correspondiente a 2008.

Proyecto de humanización y naturalización del parto

La Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria puso en marcha durante el año 2007 un proyecto de investigación-acción sobre humanización y naturalización del parto en la Región de Murcia. Dicho proyecto se enmarca en el contexto de las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud y está financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Con este proyecto, la DGCAFIS, en colaboración con el Servicio Murciano de Salud, se ha marcado el objetivo fundamental de asegurar una atención sanitaria de excelencia a las mujeres durante el proceso del parto, más personalizada y humanizada, más centrada en las necesidades y en la participación de las propias mujeres usuarias durante todo el proceso, manteniendo los niveles de seguridad actuales y, por tanto, es evidente la necesidad de centrar los esfuerzos en apoyar a los y las profesionales en todo aquello que contribuya a conseguir este objetivo. Así, la actualización continua de conocimientos y el desarrollo permanente de habilidades y actitudes orientadas a satisfacer las necesidades y las expectativas emergentes en este ámbito tan importante entran a formar parte de las acciones y actuaciones prioritarias del citado proyecto.

Las acciones puestas en marcha durante el período de ejecución 2007 por parte de la Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria han sido las siguientes:

- Identificación del área de salud V del Altiplano como ámbito de aplicación de la fase de pilotaje del proyecto:
 - Reuniones con los responsables médicos del Hospital Virgen del Castillo para la adecuación del proyecto a dicho centro y establecer un marco cooperativo entre la DGCAFIS y el centro.
 - Constitución de un grupo de trabajo de profesionales del hospital para identificar las áreas en que debe intervenir con el objetivo de establecer y organizar las acciones que hay que realizar en ellas según las acciones definidas en el proyecto.

- Presentación del proyecto a los y las profesionales del hospital implicados en las áreas definidas para la intervención. Inicialmente, los grupos de profesionales a los cuales se presenta el proyecto son:
 - Matronas.
 - Ginecólogos y ginecólogas.
 - Planificación, definición y diseño de las acciones de investigación cualitativa orientadas a conocer las expectativas y necesidades en la atención al embarazo y parto en las mujeres y en los y las profesionales. Se ha trabajado en:
 - Selección de los participantes (mujeres y profesionales).
 - Diseño y planificación de los grupos focales (orientados a mujeres y parejas) y las entrevistas en profundidad (orientadas a los y las profesionales).
 - Constitución del grupo de investigación para el análisis y evaluación de los resultados de la investigación cualitativa.
 - Diseño y adecuación de las acciones formativas orientadas a los y las profesionales con relación a los objetivos diseñados en el proyecto fundamentalmente orientadas a:
 - Objetivos clínicos incluidos en el documento de *Estrategias para la Atención al Parto Normal*.
 - Objetivos orientados a la participación de la mujer.
 - Participación en los grupos de trabajo de la elaboración de las Estrategias de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad y Consumo, como representante de la Comunidad Autónoma de Murcia, junto con una representante del Servicio Murciano de Salud.

Convenio de colaboración con la asociación Murcia Acoge

El Servicio Murciano de Salud firmó un convenio de colaboración con la Asociación Murcia Acoge en materia de asistencia sanitaria a personas inmigrantes convalecientes acogidas por la asociación en mayo de 2006 y que actualmente sigue en vigencia.

Antecedentes

- En el desarrollo del derecho a la protección de la salud consagrado en el artículo 43 de la Constitución española.
- En la Ley 14/1986 General de Sanidad en su artículo 1.2.
- En la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud en su artículo 3.

- En la Ley Orgánica 4/2000 reguladora de los derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en el artículo 12.
- En la Ley 4/1994, de Salud de la Región de Murcia.
- En el Real Decreto 1.088/1989.
- La comunidad autónoma desarrolló dentro del Área de Salud del Plan para la Integración Social de los Inmigrantes 2002-2004, en el punto 1.1.5, el apoyo a las ONG con el fin de facilitar la actuación en la asistencia sanitaria y educativas a las personas inmigrantes.

Convenio de colaboración

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de la Consejería de Sanidad, asume el desarrollo y ejecución de las competencias y funciones relacionadas con la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la asistencia sanitaria a la población, en especial tras la plena asunción de las competencias ejecutivas, en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Por tanto, los ciudadanos y ciudadanas extranjeras asentadas en esta comunidad autónoma tienen garantizado, tengan o no recursos económicos suficientes, un nivel de cobertura sanitaria muy elevado, similar al que goza el resto de la población.

Aparte de ello, la asociación Murcia Acoge es una entidad sin ánimo de lucro que se fundó en 1989 en la localidad de Torre-Pacheco (Murcia), por parte de un grupo de personas sensibilizadas por las condiciones de vida y trabajo que tenían las personas inmigrantes que en gran número se instalaban en la zona atraídos por la demanda de mano de obra de las empresas agrícolas. Esa sensibilidad hacia las necesidades sociales que las personas inmigrantes tenían hizo que surgieran las delegaciones de Cartagena, Murcia y Totana a finales del año 1991. Actualmente, hay siete delegaciones repartidas por toda la Región de Murcia: Cartagena, El Palmar (Murcia), La Unión, Lorca, Murcia (centro ciudad), Torre-Pacheco y Totana.

Sus objetivos son crear un espacio de acogida, sensibilizar a la sociedad sobre la inmigración como una cuestión social y trabajar en el área de cooperación para el desarrollo.

El convenio firmado en el año 2006 y que sigue vigente en la actualidad aparece como resultado del interés entre la asociación Murcia Acoge y la Consejería de Sanidad para garantizar el derecho a la protección de salud y la asistencia sanitaria a aquellos inmigrantes extranjeros sin recursos económicos que estén formalmente residiendo en una de las dos casas de acogida que la asociación dispone para inmigrantes en situación de enfermedad o convalecencia:

- a) Casa de acogida situada en el centro de Murcia que acoge a hombres.
- b) Casa de acogida situada en la pedanía de El Palmar (Murcia) situada a 5 km del centro de la ciudad y que acoge a mujeres.

Las personas inmigrantes acogidas en los pisos de acogida de Murcia Acoge serán atendidas por el facultativo al cual se asignen del centro de salud que corresponda, en función de la ubicación de cada uno de los domicilios de acogida. El centro de salud Santa María de Gracia ofrece asistencia sanitaria a la casa de acogida del centro ciudad y el centro de salud de El Palmar, el que ofrece asistencia a la otra casa de acogida.

La atención especializada se prestará, en cada caso, en los centros hospitalarios de referencia que corresponda al respectivo centro de salud, en el caso del centro de salud Santa María de Gracia, será el Hospital Universitario Morales Meseguer, y en el caso del centro de salud El Palmar, será el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca el de referencia.

Por otro lado, la prestación farmacéutica que se aplica es la que reconoce el Servicio Murciano de Salud por el que se extiende la cobertura a las personas sin recursos económicos suficientes, y, por tanto, dicha prestación es gratuita para el inmigrante.

Sobre la asistencia sanitaria que se ha dado hasta la fecha en las casas de acogida, los datos se recogen en la tabla 15.

TABLA 15. Asistencia sanitaria ofrecida en las casas de acogida, 2007 (Murcia)

Año	Hombres	País de origen	Mujeres	País de origen
2006	1	Ucrania	2	Lituania
				Venezuela
2007	2	Burkina Faso	0	-
		Mali		

Integración e información clínica: atención primaria y atención especializada

Justificación, motivación de su inicio o planteamiento

Ágora surge para diseñar, desarrollar e implementar un sistema que, a partir de los datos almacenados en los sistemas de información asistenciales de

Dentro de las acciones que pone en marcha el punto de información destacamos por su importancia a la hora de facilitar la correcta atención de estas pacientes:

- La auxiliar detecta situaciones de violencia de género en víctimas que no acuden refiriendo este tipo de agresión.
- Intimidad y confidencialidad para comentar y relatar lo sucedido. La víctima se reúne con la auxiliar en un despacho habilitado para tal fin (el hecho de que el personal del punto de información sea exclusivamente femenino mejora la comunicación en estas situaciones).
- Favorecer, si se precisa, la valoración psiquiátrica o ginecológica.
- Explicar los pasos siguientes si quiere denunciar la agresión. Hay una persona destinada a explicar las actuaciones tras la agresión.
- Facilitar el contacto con la autoridades. Debe contactarse con Servicios Sociales y de Acogida.
- Facilitar el tratamiento ambulatorio que se precise, favoreciendo las citas iniciales en atención primaria.

Al estar en turnos de mañana y tarde se han puesto en contacto con la auxiliar de información del área de urgencias 115 personas (75 %), de las 153 víctimas de violencia de género atendidas en el año 2007. De estas 115 pacientes, sólo 23 (20 %) han accedido a recibir información y orientación por el personal auxiliar del servicio de información. De estas 23 víctimas, el 69,5 % ya habían sufrido agresiones previas; en algunos casos (cinco), éstas se remontan a 14 o 15 años de maltrato físico o psíquico.

Resultados

Durante el año 2007, se ha asistido a 153 pacientes por violencia de género, con mayor incidencia en los meses de más calor: desde mayo hasta septiembre.

La mayoría de mujeres era de nacionalidad española, con 86 pacientes (56,2 %), seguida de las sudamericanas, con 33 asistidas (21,5 %).

El mayor porcentaje de edad se concentra entre 25 y 30 años con el 29,4 %. Le siguen en porcentajes similares del 14-18 % las franjas de 19 a 24 años, de 31 a 36 y de 37 a 43.

La distribución es variada, pero predominan mujeres de zonas urbanas a rurales.

El 85,6 % de las lesiones son contusiones, erosiones y heridas de menor importancia. El 4,8 % fueron fracturas que precisaron atención por otorrinolaringología y cirugía maxilofacial (huesos propios de nariz y mandíbula). El 4 % precisó asistencia psiquiátrica.

Se registraron dos agresiones sexuales y hubo un fallecimiento por herida por arma blanca. En cuanto a la localización de las lesiones, predominan la cara (por puñetazos) y las generalizadas (por patadas, puñetazos, empujones, arañazos, etc.).

Presencia de malos tratos previos

Llama la atención que el 39,5 % de las agredidas presenten antecedentes de agresiones previas y malos tratos no denunciados.

En la serie se ha atendido a varias personas en dos ocasiones en menos de 1 mes.

Protocolo de coordinación de actuaciones educativas y sanitarias en la detección y diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Justificación, motivación de su inicio o planteamiento

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno crónico muy frecuente ya que se estima que alrededor del 5 % de los niños y adolescentes lo tienen. Se debe a múltiples factores que causan dificultades en la inhibición y el autocontrol, la planificación, la memoria de trabajo a corto plazo, fijar la atención en nuevos estímulos y en la elección de información relevante frente a la irrelevante.

Sus síntomas principales son desatención o dificultad para concentrarse, hiperactividad e impulsividad (parecen incapaces de controlar sus reacciones inmediatas o de pensar antes de actuar) inadecuadas para su edad. Pueden manifestarse todos o predominar el déficit de atención o la hiperactividad-impulsividad.

Estos síntomas se manifiestan en varios entornos (familia, escuela y amigos) y, a veces, son lo suficientemente importantes como para afectar el aprendizaje y las relaciones familiares y sociales.

El niño o adolescente con TDAH no tiene un problema de inteligencia o de razonamiento, sino de organización y de autocontrol de la atención, las emociones, la conducta y la relación social.

Por todo ello, es fácilmente comprensible la importancia de un diagnóstico precoz y disponer de las medidas necesarias, farmacológicas y no farmacológicas, individualizadas para cada niño y familia ya que se consigue mejoría hasta en el 80 % de los casos. Con estas medidas mejora la atención,

se reduce la inquietud e impulsividad, y se ayuda a manejar la conducta, a mejorar la autoestima, las técnicas de estudio y las relaciones familiares y sociales.

La Comunidad Autónoma de Murcia y, en particular, la Consejería de Educación, Ciencia e Investigación y la Consejería de Sanidad, han elaborado conjuntamente un Protocolo de Coordinación para la Detección y Diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños y niñas en edad escolar que prevé una serie de actuaciones consecutivas y coordinadas entre instituciones u organismos de dichas consejerías, como centros escolares, centros de salud y centros de salud mental para descartar o confirmar finalmente el diagnóstico por parte de los y las profesionales que permanecen en contacto directo con el niño o niña y su familia. Asimismo, requiere una serie de acciones de tramitación e interconsulta de información y documentación entre estos centros y que contribuyen a la mejora de calidad de vida de las personas afectadas y sus familias.

Población diana

Las población diana son niños o niñas escolarizados(as) en educación infantil (2.º ciclo) y educación primaria (1.º, 2.º y 3.º ciclo) de centros escolares de toda la Región de Murcia.

Características principales de su desarrollo

Entre sus principales características de desarrollo está:

- El protocolo prevé tres fases de desarrollo según se cumplan y confirmen criterios de posible diagnóstico:
 - Fase inicial de detección, en la cual se parte de la sospecha del TDAH en el escolar desde cualquier ámbito (sea escolar, familiar o sanitario) y se informa, para las primeras valoraciones, al equipo de orientación educativa psicopedagógica (EOEP) correspondiente al centro escolar. En el caso de que el niño, después de dichas valoraciones y evaluaciones correspondientes, cumpla posibles criterios del TDAH, el EOEP lo deriva, mediante autorización familiar y con un informe sobre lo valorado, al pediatra.
 - Fase intermedia de detección-identificación: el protagonismo lo asume el pediatra en el centro de salud para descartar, mediante una serie de valoraciones y exploraciones médicas y entrevistas oportunas en el niño derivado por el EOEP, al que no presenta características específicas del TDAH. En el caso de que la evalua-

ción realizada muestre indicadores de posible TDAH, el pediatra deriva el caso a salud mental con toda la información recopilada desde la fase inicial y la resultada de esta fase.

- Fase final de identificación y seguimiento: es una fase realizada en el centro de salud mental por el psiquiatra donde se identifica o descarta claramente al escolar que presenta las características específicas del TDAH o no. Con la información remitida en la fase anterior, el psiquiatra realiza las valoraciones oportunas que llevan a distinguir inequívocamente el diagnóstico. Cuando el resultado de las valoraciones determina el TDAH, se inicia el tratamiento y se elabora un informe concluyente con el diagnóstico y con una propuesta de intervención terapéutica remitido al EOEP, al pediatra y a la familia.
- Estas fases están previstas en el documento del protocolo mediante un flujograma de desarrollo gráfico y mediante una descripción de dicho flujograma.
- El documento incluye una serie de anexos que facilitan el seguimiento y desarrollo del protocolo:
 - Anexos de directorios con teléfonos y números de fax, direcciones de correo postal, así como direcciones de correos electrónicos, tanto de los EOEP, de los centros de salud como de los centros de salud mental de la Región de Murcia donde poder localizar rápida y fácilmente los centros y profesionales de referencia del escolar según la fase de desarrollo de éste y remitir la información o ponerse en contacto unos con otros.
 - Anexo que recoge la información y autorización que deben firmar los padres/familia o tutores legales del escolar para el desarrollo del protocolo por parte de todos los profesionales implicados.
 - Anexo de consenso multidisciplinario en TDAH que proporciona información amplia para todos los profesionales sobre el trastorno.
 - Anexo con una serie de orientaciones y consejos para las familias que les permite comprender y tomar las medidas adecuadas en el ámbito familiar a las características de estos niños. Asimismo, incluye una serie de bibliografía recomendada para padres.
- Recoge, finalmente, información relativa a la existencia y localización de asociaciones sobre el trastorno de interés en la región, en concreto las dos asociaciones en Murcia, así como la de la Federación Española de Asociaciones de Ayuda a este Déficit.

Aspectos destacables de su implantación o aplicación

Entre los aspectos que cabe destacar se incluyen:

- El protocolo se basa en actuaciones coordinadas e informadas entre los distintos profesionales que intervienen (pediatras, psicólogos y pedagogos y psiquiatras) en colaboración con las familias.
- Para su impulso se prevé una serie actividades de difusión, de formación y de información, antes y durante su desarrollo, dirigidas a todos los profesionales implicados, sobre el protocolo y su desarrollo. Estas actividades se desarrollan de forma conjunta y multidisciplinaria repartidas en las distintas áreas de salud donde se pueda compartir y nutrirse del diálogo y la colaboración de todos estos profesionales protagonistas del desarrollo del protocolo.
- Entre las actividades de difusión se encuentra la edición de ejemplares del documento del protocolo para todos los profesionales de los EOEP, de los centros de salud y de los centros de salud mental en formato papel y en formato CD-ROM, así como la elaboración de folletos informativos para padres.

Metodología para su seguimiento y evaluación.

Indicadores desarrollados y/o utilizados

Al estar en este momento en una etapa inicial de implantación, la previsión es que en un año de puesta en funcionamiento se realice una evaluación de lo desarrollado donde pueda recogerse del número total de niños escolarizados en educación infantil y primaria el número de niños detectados en la fase inicial, niños detectados-identificados en la fase intermedia y niños finalmente identificados y diagnosticados en la fase final.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

www.mspes.es