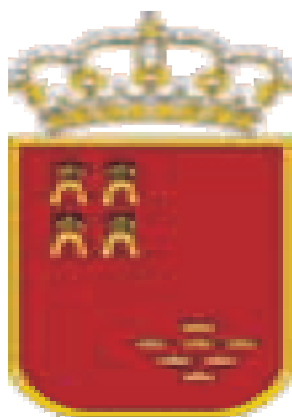




**Región de Murcia**  
Consejería de Sanidad.

Dirección General de Planificación,  
Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica

Ronda de Levante, 11  
30008 Murcia  
Teléfono 36 20 00



**REGION DE MURCIA**

**Informe Anual  
del  
Sistema Nacional de Salud 2004**



## 1. Características socioeconómicas y demográficas de la población

La población de la Región de Murcia, según los últimos datos publicados por el INE, a 1 de enero de 2004 es de 1.294.694 habitantes (1.248.176 TIS a 31 de diciembre de 2003), que representa un 3% del número total de habitantes de España. La Región ha experimentado en los últimos cinco años, un crecimiento casi dos veces mayor que el resto del Estado, de un 12,6% respecto a un 6,7%, respectivamente. En el último año presentó una variación relativa del 2%, siendo la Comunidad Autónoma con más crecimiento relativo de España por debajo de La Rioja. Además la evolución de la población en los últimos cinco años ha estado marcada por un mayor crecimiento de los varones con respecto a las mujeres.

La población presenta una concentración elevada fundamentalmente en torno a los dos núcleos principales, Murcia capital y Cartagena, que junto con Lorca y Molina de Segura poseen el 56,7% del total. Sin embargo, en los últimos cinco años, el crecimiento relativo de la población de Murcia (11,7%) o de Cartagena (9,9%) ha sido bajo si se compara con pequeños núcleos como Los Alcázares (50,5%) o Mazarrón (38,6%) debido probablemente a su oferta turística.

Asimismo, el Índice de Envejecimiento de la población con tendencia ascendente hasta el 2003, empieza a cambiar en el 2004 debido al crecimiento de natalidad de la población inmigrante extranjera.

Al hacer una comparativa de los datos de población con los de Tarjeta de Identificación Sanitaria (TIS) se comprueba que la población incluida en el Padrón supera a la incluida en la base de datos de la TIS en 46.458 habitantes (3,6%).

El Turismo es algo muy a tener en cuenta en base a la importante población flotante que se acumula sobre todo en ciertos meses del año y en un territorio definido. En el mes de Agosto de 2003 el nº de viajeros fue de 539.567, es decir un 42,51% de la población estable de ese año que ascendía a 1.269.230.

En el ámbito económico, la Región de Murcia presentó un Índice de Renta Disponible Bruta de 83,83 en 1995 que ascendió a 88,32 en el 2002. Además, desde el año 1999 hasta el 2003 la variación en el Producto Interior Bruto (PIB) de la Región de Murcia fue del 38,9% mientras que la del Estado se situó en el 31,4%. También es importante destacar que la tasa de crecimiento del PIB 2002/2003 de la Región fue del 3,3%, la mayor de todas la Comunidades Autónomas, habiendo sido el crecimiento de la economía española en ese año del 2,4%.

El Gasto Público en educación en la Región de Murcia presenta una evolución presupuestaria anual similar a la del resto del Estado, si bien hay que constatar que entre los años 1999 y 2002, la Región de Murcia siempre se mantuvo con respecto al Estado por debajo de la cifra de proporción de población. Estos datos contrastan con las cifras de escolarización de la Región, que se encuentran por encima de las del Estado, ya que en los años 2001 y 2002 la población escolarizada de la Región era un 2,9% del total de España.

En el quinquenio 2000/2004, el porcentaje de Población Activa mayor de 16 años de la Región de Murcia aumentó en 1 punto mientras que la de Inactivos disminuyó 2,2. En el conjunto nacional las variaciones fueron de 0,8 en la población activa y de 1,6 en la inactiva.

Por otro lado, los trabajadores extranjeros afiliados a la seguridad social aumentaron en mayor proporción en la Región de Murcia que en el conjunto de la nación desde el año 1999 hasta el 2003.



## 2. Desarrollo normativo e institucional:

En este apartado se describen los desarrollos legislativos más relevantes realizados durante el año 2004 y aquellos que se consideren más significativos como consecuencia del proceso de transferencia en materia de competencias de gestión sanitaria.

Desde el traspaso del Insalud, se ha producido un significativo desarrollo normativo en el ámbito del personal que desempeña funciones en el Servicio Murciano de Salud, fundamentalmente a través de la Ley 5/2001, de 5 de diciembre, de personal estatutario del SMS, que ha sido desarrollada, a su vez, a través de otras normas, entre las que cabe destacar las que regulan la integración voluntaria del personal funcionario y laboral en el régimen estatutario (Decreto 38/2004, de 23 de abril); el proceso de consolidación excepcional de personal temporal (Resoluciones de 25-11-2002); la configuración de opciones estatutarias (Decreto 119/2002, de 4 de octubre); y la selección de personal estatutario temporal (Orden de 12 de noviembre de 2002).

Asimismo, en otros ámbitos de la acción sanitaria cabría destacar la regulación de materias tales como los precios públicos por asistencias prestadas en supuestos de terceros obligados al pago (Decreto 137/2002, de 29 de noviembre); las condiciones económicas de servicios concertados (revisadas anualmente por Resolución de la Gerencia del SMS); o la prestación buco-dental infantil (Orden de 27-12-2002); sin olvidar la adaptación de las estructuras organizativas de la Consejería de Sanidad y del SMS a las funciones asumidas (entre otros, Decretos 117/2002 y 148/2002, de estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y del SMS).

Por lo que se refiere a desarrollos legislativos más relevantes realizados durante 2004, hay que destacar que se ha seguido desarrollando la Ley 5/2001, de personal estatutario del SMS, a través del citado Decreto 38/2004 y de modificaciones en las normas reguladoras de las opciones estatutarias y de la selección del personal estatutario temporal

En otros ámbitos, destacar la regulación general los centros sanitarios y de su registro y, en particular la de las clínicas dentales (Decretos 73/2004 y 99/2004); y por otra parte, las modificaciones realizadas en el calendario vacunal (Orden de 11-12-2003) y la creación o modificación de órganos de asesoramiento en diversas materias: Salud Infantil y Juvenil, Virus de la Gripe y Diabetes (Órdenes de 24-6, 20-10 y 19-11-2004).

También es destacable la creación de la empresa pública regional «Gestora de Infraestructuras Sanitarias (Giscarmsa)», a través del Decreto 129/2004, de 17-12.

TABLA 2

NORMAS LEGALES FUNDAMENTALES EN MATERIA DE SALUD EN 2004

CCAA: REGION DE MURCIA

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Decreto número 38/2004, de 23 de abril, por el que se regulan los procedimientos específicos de integración del personal laboral fijo y funcionario de carrera del Servicio Murciano de Salud en las categorías estatutarias y opciones correspondientes al mismo.	23 de abril de 2004	El descrito en la denominación	Se dicta en desarrollo de la Disposición Adicional Primera de la Ley 5/2001, de 5 de diciembre, de personal estatutario del Servicio Murciano de Salud.
Decreto número 26/2004, de 26 de marzo, por el que se modifica el Decreto 119/2002, de 4 de octubre, por el que se configuran las opciones correspondientes a las categorías de Personal Estatutario del Servicio Murciano de Salud.	26 de marzo de 2004	Adapta a la normativa básica estatal la titulación exigida para el acceso a determinadas opciones, que se corresponden con las especialidades multiprofesionales, así como la denominación de las mismas.	Se dicta en desarrollo del artículo 14.2 de la Ley 5/2001, de 5 de diciembre, de personal estatutario del Servicio Murciano de Salud.
Orden de 20 de octubre de 2004, de la Consejería de Sanidad, por la que se modifica la Orden de 12 de noviembre de 2002 de la Consejería de Sanidad y Consumo por la que se regula la selección del personal estatutario temporal del Servicio Murciano de Salud.	20 de octubre de 2004	Modifica los baremos de méritos aplicables a determinadas opciones, así como las consecuencias de la renuncia a un llamamiento por causas justificadas.	Se dicta en desarrollo del artículo 27.1 de la Ley 5/2001, de 5 de diciembre, de personal estatutario del Servicio Murciano de Salud.
Decreto n.º 73/2004, de 2 de julio, por el que se regula el procedimiento de autorización sanitaria de los centros, establecimientos y servicios sanitarios y el registro de recursos sanitarios regionales	2 de julio de 2004	Regula los procedimientos de autorización de los centros sanitarios, los requisitos para su instalación y funcionamiento, su inscripción registral, y la colaboración de Colegios Profesionales	Se dicta en desarrollo de la legislación básica estatal (RD 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios)
Decreto n.º 99/2004, de 1 de octubre, por el que se regulan las Clínicas Dentales en la Región de Murcia.	2 de octubre de 2004	Regula requisitos higiénico-sanitarios, de publicidad y de personal aplicables a las clínicas dentales	
Orden de 24 de junio de 2004, de la Consejería de Sanidad, por la que se crea el Comité Asesor Regional en Salud Infantil y Juvenil de la Región de Murcia.	24 de junio de 2004	Crea un órgano colegiado de asesoramiento y seguimiento de actividades de promoción de la salud y prevención de los problemas de salud más frecuentes en la población infanto-juvenil	
Orden de 20 de octubre de 2004, de la Consejería de Sanidad, por la que se crea la Comisión Regional para la Prevención, el Control y el Seguimiento de la Evolución Epidemiológica del Virus de la Gripe	20 de octubre de 2004	Crea un órgano colegiado de coordinación y seguimiento de todas las actividades destinadas a aminorar el impacto de la infección grupal.	
Orden de 19 de noviembre de 2004, de la Consejería de Sanidad por que se modifica la Orden de 27 de octubre de 1998, de la Consejería de Sanidad y Política Social, por la que se crea el Comité Asesor Regional en materia de Diabetes.	19 de noviembre de 2004	Modifica la composición del Comité asesor.	
Decreto n.º 129/2004, de 17 de diciembre, de creación de la empresa pública regional «Gestora de Infraestructuras Sanitarias de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, Sociedad Anónima (Giscarmsa)».	17 de diciembre de 2004	Crea una empresa pública regional que tiene por objeto la promoción, construcción y explotación de bienes inmuebles destinados a satisfacer las necesidades de infraestructuras sanitarias y sociosanitarias de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.	Desarrolla la Disposición Adicional Decimocuarta de la Ley 10/2003, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para el año 2004



### 3. Planificación y Programas Sanitarios:

La Región de Murcia cuenta con los siguientes planes:

- **Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007:** Se articula en torno a los grandes problemas de la Región, que son: Cáncer, Enfermedades Cardiovasculares, Enfermedades Transmisibles, Salud Mental, Diabetes y Accidentes. Adicionalmente, el Plan define un área común a estos problemas, denominada “Estilos de vida”. El Plan, además hace referencia a la necesidad de integrar acciones dirigidas a determinados colectivos, como son: Niño-joven, Mujer, Nuevas Formas de Exclusión Social y Personas Mayores. En cumplimiento de los objetivos marcados por el Plan de Salud, se han desarrollado, o bien se están desarrollando, los siguientes planes y programas que se describen sucintamente a continuación:
- **Plan Integral de Atención al Diabético 2005-2009:** Establece el marco para la atención integral del paciente diabético de la Región de Murcia. Las áreas de actuación determinadas están enfocadas a la prevención primaria y secundaria, a los métodos y criterios de diagnóstico, a la continuidad asistencial, a la educación para la capacitación del autocuidado, a la formación del profesional asistencial, al desarrollo de la investigación, a los sistemas de información y vigilancia y la relación con las asociaciones de pacientes
- **Plan Integral de Cardiopatía Isquémica (PICI):** Desde el año 2.003 existe un Grupo de Trabajo con el objetivo de adecuar el PICI propuesto por el Ministerio de Sanidad y Consumo a la realidad de la Región de Murcia, por medio de la elaboración de actuaciones concretas que respondan a los objetivos enunciados en los diferentes estándares propuestos. En el momento actual, el documento está elaborado y se han identificado 36 actuaciones, algunas de las cuales ya están siendo desarrolladas conforme al cronograma..
- **Plan de Salud Mental y Drogodependencias de la Región de Murcia:** Este documento, responde globalmente a lo que se espera de un Plan Integral, abarcando todos los aspectos de la Salud Mental y las Drogodependencias, con formulación de objetivos concretos e indicadores. Se han identificado 10 líneas de actuación: 1) Gestión de Recursos Asistenciales; 2) Sistema de Información en Salud Mental y Drogodependencias; 3) Recursos Estructurales en Salud Mental y Drogodependencias; 4) Recursos Humanos en Salud Mental y Drogodependencias; y por último las líneas que van desde la 5 a la 10, Programas Asistenciales en Salud Mental.
- **Programa Integral de Atención a la Mujer:** Este documento contempla los siguientes objetivos: 1) Identificar situaciones de riesgo o enfermedades susceptibles de intervención. 2) Mejorar la calidad de vida de estas mujeres, detectando los problemas de salud en estadios precoces. 3) Realizar actividades de prevención secundaria en la población incluida. Subprogramas que abarca.



- Despistaje de cánceres propios de la mujer: 1) Diagnóstico precoz del cáncer de cérvix. 2) Diagnóstico precoz del cáncer de mama. 3) Diagnóstico precoz del cáncer de endometrio.
- Planificación familiar.
- Maternidad: 1) Seguimiento del embarazo. 2) Educación maternal y preparación al parto. 3) Atención al puerperio.
- Atención al climaterio.
- Problemática biopsicosocial.
- **Plan de Educación para la Salud en la Escuela**: Este documento establece el concepto de Educación para la Salud en la Escuela y su relación con los principios y elementos de las Escuelas Promotoras de Salud. Las actuaciones se concretan en cinco grandes objetivos generales relacionados con: Impulsar los contenidos de salud en todas las actividades de los centros docentes no universitarios, elaborar los recursos pedagógicos necesarios para llevar a cabo las intervenciones, establecer las medidas de organización y funcionamiento de los centros que faciliten el desarrollo de la EpS, instaurar las actividades formativas necesarias y establecer líneas de investigación que apoyen y faciliten el desarrollo de la EpS en la escuela.
- **Programa de prevención para el Cáncer de Cólon Recto**: Este programa utiliza como prueba de cribado la determinación de sangre oculta en heces. La implantación , prevista para finales del 2005, será paulatina, empezando con un pilotaje en un área de salud. Los como objetivos generales contemplados son los siguientes: 1) Disminuir la mortalidad por cáncer de colon y recto. 2) Mejorar la calidad de vida. 3) Disminuir la incidencia de cáncer de colon y recto.
- **Programa de Salud Bucodental Infantil en la Región de Murcia**: Este Programa tiene como objetivo disminuir la prevalencia de caries y enfermedad periodontal en la población infantil (incorporación a los 6 años y mantenimiento hasta los 15). Las prestaciones incluidas son: revisión de la boca, educación sanitaria, aplicación de flúor tópico, sellado de fosas y fisuras de molares permanentes, obturaciones de molares permanentes, extracción de dientes, atención de urgencias bucodentales y una serie de tratamientos especiales que quedan reflejados en el convenio establecido entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos.

Otros programas :

- **Programa de Prevención y Control de tabaquismo**: Está prevista finalizar su elaboración y llevar a cabo su puesta en marcha en enero de 2006. Este programa contempla los siguientes objetivos generales. 1) Disminuir la incidencia y la prevalencia del tabaquismo. 2) Proteger la salud de la población del aire contaminado por el humo de tabaco, potenciando los espacios sin humo y promocionando la norma social de no fumar. 3) Fomentar la coordinación y participación institucional y social.
- **Programa Ariadna autonomía en nuestros mayores**: Este programa que pretende: 1) Valorar qué factores son los que producen una reducción de la autonomía entre nuestros mayores, y su alcance. 2) Conocer cuáles son los



problemas sociales y de salud más frecuentes asociados a la pérdida de autonomía.  
3) Recoger información

para poder poner en marcha programas preventivos y de asistencia social más adecuados. 4) Mejorar su calidad de vida y la de sus familias.

- **Programa de vacunaciones**: Esta Región cuenta con un programa informatizado de gestión con la información nominal de las vacunas administradas en población infanto-juvenil desde 1990.
- **Programa de detección precoz de hipoacusias neonatales.**
- **Programa de screening o cribaje neonatal de metabolopatías.**
- **Programa de Control Sanitario de Alimentos y Zoonosis 2004 – 2007,**

**TABLA 3**

**PLANIFICACION SANITARIA. PROGRAMAS, ESTRATEGIAS Y PLANES**

**CCAA: REGION DE MURCIA**

		Sí/No	Ediciones (Fecha)	Observaciones (*)
<b>Planes de Salud</b>	Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007	Sí	Edita Consejería de Sanidad y Consumo, 2003	
<b>Cáncer de mama</b>	programa de cribado poblacional	Sí	Se encuentra accesible en la página web: <a href="http://www.murciasalud.es">http://www.murciasalud.es</a>	Constituye un subprograma del Plan Integral de Atención a la Mujer
	apoyo psicológico tras diagnóstico y durante tratamiento	NO		
<b>Cáncer de cervix</b>	programa de cribado poblacional	Sí	Documento de uso interno para personal sanitario	Constituye un subprograma del Plan Integral de Atención a la Mujer
<b>Enfermedades cardiovasculares</b>		Sí	Documento de uso interno para personal sanitario	Adaptación del PICI, pendiente de aprobación, aunque se está llevando a cabo las actuaciones previstas.
<b>Salud mental</b>		Sí	Pendiente de edición	Se trata del Plan de Salud Mental y Drogodependencias de la Región de Murcia
<b>Violencia de género</b>	Plan de Acción	Sí	Edita Consejería de Trabajo y Política Social Julio 2004 (Dirección General de Familia y Servicios Sectoriales Instituto de la Mujer de la Región de Murcia)	"Guía de recursos sociales para las víctimas de la violencia doméstica" Se encuentra accesible en la página web: <a href="http://www.carm.es/ctra/cendoc/publicaciones/">http://www.carm.es/ctra/cendoc/publicaciones/</a>
	Acciones preventivas	Sí		
	Protocolo de actuación sanitaria	Sí		



### TABLA 3

## PLANIFICACION SANITARIA. PROGRAMAS, ESTRATEGIAS Y PLANES

### CCAA: REGION DE MURCIA

(\*) Aspectos innovadores y diferenciales.



#### 4. Farmacia:

➤ **Actuaciones en materia de análisis de la prescripción farmacéutica.**

– El Servicio Murciano de Salud está elaborando un nuevo Sistema de Información de Farmacia que permitirá realizar un análisis pormenorizado del consumo de medicamentos a través de receta oficial. Se ha implantado completamente el primero de sus cuatro módulos, Gestión de Talonarios. La Base de Datos de Medicamentos y Facturación están implantados en el ámbito de Servicios Centrales, estando actualmente en desarrollo el módulo de Datos e Indicadores. La finalización de este último está prevista para el mes de diciembre 2005.

– Se está elaborando un programa de Farmacia de Atención Especializada que permitirá la gestión global de los servicios de Farmacia, que incluirá desde la adquisición del medicamento hasta la administración al paciente, contemplando así mismo la atención farmacéutica.

Este programa permitirá el análisis del gasto de todos los Servicios de Farmacia así como la obtención de los indicadores de calidad del Servicio. Es propósito del Servicio Murciano de Salud relacionar este programa con el de sistemas de información de Farmacia a través de receta oficial.

➤ **Políticas de Uso Racional de Medicamentos.**

– Se han elaborado unas Guías Fármaco-terapéuticas por área de salud, y se han difundido a través del portal sanitario de la Región ([www.murciasalud.es](http://www.murciasalud.es)). Actualmente se está realizando la unificación de las Guías mencionadas en una Guía Regional.

– Está en fase de desarrollo la creación de depósitos de medicamentos en centros socio-sanitarios dependientes del Servicio de Farmacia, centros que actualmente son suministrados mediante recetas por oficinas de farmacia.

– Mensualmente, se informa a todos los facultativos de Atención Primaria y Especializada de sus indicadores de prescripción tanto cuantitativos como cualitativos.

– Se ha desarrollado un área de farmacia en el portal sanitario de la Región en la que se pueden consultar las Guías Farmacoterapéuticas de Área, Especialidades Farmacéuticas Genéricas, UTB, Medicamentos Nuevos, Medicamentos y Productos Sanitarios sometidos a visado, Productos Dietoterápicos Complejos y Nutrición Enteral Domiciliaria y Medicamentos de Uso Hospitalario y Envases Clínicos, así como Antibióticos de primera elección en Atención Primaria.

## TABLA 4

### FARMACIA

#### CCAA: REGION DE MURCIA

Datos dispensación farmacéutica extrahospitalaria (en receta oficial del SNS a través de oficina de farmacia)

		Datos 2004			Observaciones
<b>Número de recetas dispensadas</b>	Nº total de recetas	22.584.213			Incluye las recetas de todos los productos dispensados a través de recetas oficial (especialidades, efectos y accesorios, fórmulas magistrales, dietas, ...)
	% recetas de genéricos/total de recetas	8,42 %			Calculado respecto al total de recetas facturadas.
<b>Gasto farmacéutico</b> (considerado el resultado de la siguiente operación: Importe total a PVP – aportación usuario)	Gasto farmacéutico total	317.069.336,02			Incluye el gasto de todos los productos dispensados a través de receta oficial (especialidades, efectos y accesorios, fórmulas magistrales, dietas, ...)
	% gasto genéricos/gasto farmacéutico total	4,24 %			Calculado respecto al total de recetas facturadas.
<b>Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos</b> (considerando el nº de recetas dispensadas y especificando el nombre del subgrupo que se corresponda con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC, según RD 1348/2003)	En el total de recetas dispensadas	N05BA	Benzodiazepinas (Ansiolíticos)	1.139.071	Estos datos corresponden a número de recetas.
		A02BC	Inhibidores de la Bomba de Protones (Antiúlceras)	1.019.963	
		N02BE	Anilinas (Analgésicos)	1.007.617	
	En el total de recetas dispensadas de genéricos	A02BC	Inhibidores de la Bomba de Protones (Antiúlceras)	366.273	Estos datos corresponden a número de recetas.
		N06AB	Mucolíticos	156.765	
		M01AE	Derivados del Ácido Propiónico (AINES)	132.095	



## **5. -Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos**

Desde las transferencias a la Comunidad de Murcia se ha producido un importante incremento de las plantillas que supera el 15 % respecto a las últimas aprobadas por el INSALUD, con el objetivo de adecuarlas a las demandas de una mayor población y garantizar una buena asistencia sanitaria. Una de las dificultades fundamentales con las que se ha encontrado la Comunidad de Murcia ha sido que las Gerencias/Centros de su territorio utilizan distintos programas de gestión de personal, lo que obliga a continuas peticiones de datos que siendo uno único visible en Servicios Centrales se hubieran evitado y simplificaría la gestión. En cualquier caso se está implantando un único programa para mejorar este apartado tan importante.

En cuanto a disponibilidad de especialistas, indicar que en Murcia, los problemas de falta de éstos, se centran sobre todos en anestesistas, pediatras, radiodiagnóstico, traumatólogos, cirujanos pediátricos y ginecólogos, en el ámbito de Especializada, y médicos de familia y pediatras en el ámbito de Primaria.

Por lo que respecta a los incentivos derivados del contrato de gestión, indicar que van ligados principalmente al cumplimiento del límite presupuestario, calidad y cumplimiento de objetivos. En materia de permisos y sustituciones no existen particularidades especiales en este Servicio de Salud y dependen principalmente de las necesidades del servicio.

Los coordinadores de Formación de cada Gerencia son los que planifican y gestionan toda la Formación Continuada que se realiza en Formación Continuada ellas, tratando de que el profesional se implique en la misma y que a la vez sea uno de los principales elementos motivadores en el desarrollo de su labor diaria.

La fase de planificación del Plan anual, comienza en el momento en que los Coordinadores de Formación Continuada recogen las propuestas a través de consulta directa mediante encuesta ó a través de propuestas concretas de actividades de formación de los Servicios y Unidades, canalizadas por los Jefes de Servicio y/o Unidad.

Los objetivos institucionales de la Comunidad de Murcia, a través de sus Direcciones Generales de Recursos Humanos (Servicio Murciano de Salud) y de la Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación (Consejería de Sanidad) marcan claramente el programa de formación y son factor clave a la hora de la programación; también desde la Dirección del Centro se orientan todas las actividades hacia los objetivos generales y específicos del mismo.

La experiencia acumulada en años anteriores en el desarrollo de los Planes de Formación Continuada, es otro factor que se tiene en cuenta a la hora de planificar la programación del próximo ejercicio.

Las encuestas de satisfacción que los alumnos de cada actividad realizan, los cuestionarios de satisfacción del profesorado y los informes finales del Coordinador de cada curso y Seminario son elementos imprescindibles a la hora de planificar.

El Plan una vez elaborado por los Coordinadores de Formación, con la aprobación de la Dirección del Centro son enviados al SMS para su aprobación definitiva y financiación si procede, proviniendo la dotación de fondos propios e INAP, básicamente.

La ejecución de los programas es responsabilidad del Coordinador/Director de cada uno de los Cursos o Seminarios, supervisados por el Coordinador de Formación Continuada correspondiente.



Al finalizar cada actividad se realiza un cuestionario de satisfacción en la que se miden aspectos como el cumplimiento de los objetivos del curso, si se cumplen expectativas del alumno, diseño, organización, nivel tratado en los temas, condiciones ambientales, material, metodología, estilo y animaciones y materias impartidas.

Igualmente cada profesor que interviene en la actividad realiza un cuestionario en el que valora aspectos como la adecuación de los objetivos, contenidos y nivel de los alumnos, motivación, interés, composición del grupo, relación entre tiempo asignado y desarrollo de contenidos, infraestructuras, nivel de comprensión, relación con el Coordinador y aplicabilidad de las materias impartidas al puesto de trabajo.

La evaluación conjunta de estas encuestas realizada en julio de este año revela un índice de satisfacción superior al 90%.

TABLA 5

PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

CCAA: REGION DE MURCIA

		si/no	Nombre	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa (tipo)
Organización de la formación continuada	Institución ú Organismo específico	no en 2004			A partir del 2005 se crea una fundación, sin perjuicio competencias Direcciones Grales.
	Otro Sistema (especificar)	2 Direcciones Generales *	*	*	

Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud (Decreto 148/2002, de 27/12, BPR, 10/1/03, por el que se establece la estructura y funciones de los órganos del SMS  
A partir del Decreto 105/2004, de 22/10 tb., competencias en impulso y fomento de la Formación Continuada de la Dirección Gral. de Calidad Asistencial, Formación e Investigación.  
En cada Gerencia hay de media un coordinador general, un coordinador de la formación médica, otra de enfermería y un auxiliar administrativo.

Número de Profesionales en Atención primaria

	hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30 años	30-50 años	>50 años	
Medicina familiar y comunitaria	403	269	1	487	184	
Médicos SUAP/UME	133	76	5	172	32	
Médicos refuerzo	23	24	9	37	1	
Técnico Salud Púb.	1	3	0	4	0	
Odontólogo	24	7	0	21	10	
Pediatría	74	99	1	107	65	
Enfermería	247	408	43	384	228	
Enfermería SUAP/UME	71	105	36	115	25	
Enfermería refuerzos	15	53	36	30	2	
Farmacia	3	1	0	4	0	
Psicología	2	5	0	7	0	
Otros profesionales sanitarios (Rehabilitación, Fisioterapia)	17	182	9	108	82	
Otros profesionales no sanitarios	338	437	56	551	168	
Directivos	12	3	0	10	5	

TABLA 5

PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

CCAA: REGION DE MURCIA

TOTAL	1363	1672	196	2037	802
Pers. En formación	58	134	126	65	1
% de población atendida por Equipos de Atención Primaria	100%				

Número de Profesionales en atención especializada

	hombres	mujeres	edad			OBSERVACIONES
			<30años	30-50 años	>50años	
Medicina	1222	556	11	1210	557	
Enfermería	762	2215	317	2099	561	
Auxiliar de enfermería	487	1871	33	1401	924	
Farmacia	4	8	0	9	3	
Otro personal sanitario	103	455	32	451	75	
Personal no sanitario	1158	1646	66	2059	679	
<b>TOTAL</b>	<b>3736</b>	<b>6751</b>	<b>459</b>	<b>7229</b>	<b>2799</b>	

Pers. En formación	hombres	mujeres	edad		
			<30años	30-50 años	>50años
	149	221	294	76	0

TABLA 5

PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

CCAA: REGION DE MURCIA

Número de profesionales por Especialidades médicas

(según RD 127/1984 por el que se regula la Formación especializada y la obtención del Título de Médico Especialista)

	hombres	mujeres	edad		
			<30años	30-50 años	>50años
Alergología	13	4	1	11	5
Análisis clínicos	27	17	0	27	17
Anatomía patológica	19	14	0	22	11
Anestesiología y reanimación	86	40	3	77	46
Angiología y cirugía vascular	1	0	0	1	0
Aparato digestivo	38	9	0	36	11
Bioquímica clínica	6	5	0	11	0
Cardiología	46	4	0	37	13
Cirugía cardiovascular	9	1	0	5	5
Cirugía general y del aparato digestivo	97	19	0	66	50
Cirugía maxilofacial	7	1	0	5	3
Cirugía pediátrica	9	1	0	3	7
Cirugía torácica	2	1	0	2	1
Cirugía plástica y reparadora	7	2	0	4	5
Dermatología medico-quirúrgica y venereología	15	10	1	16	8
Drogodependencias	3	7	0	10	0
Endocrinología y nutrición	14	9	1	16	6
Estomatología	2	0	0	1	1
Farmac.	2	14	0	13	3
Geriatría	1	1	0	2	0
Hematología y hemoterapia	19	20	0	25	14
Hidrología	0	0	0	0	0
Inmunología	3	2	0	3	2
Medicina del trabajo	3	2	0	4	1
Medicina de la educación física y el deporte	0	0	0	0	0
Medicina espacial	0	0	0	0	0
Medicina intensiva	40	14	0	33	21
Medicina interna	53	28	0	56	25
Medicina legal y forense	1	0	0	1	0
Medicina Nuclear	4	2	0	2	4
Medicina preventiva y salud pública	1	3	0	4	0
Microbiología y parasitología	9	9	0	11	7
Nefrología	13	11	0	16	8
Neumología	14	8	0	15	7
Neurocirugía	8	0	0	2	6
Neurofisiología clínica	7	4	0	5	6
Neurología	27	10	1	31	5
Obstetricia y ginecología	76	43	0	64	55
Oftalmología	49	28	0	45	32
Oncología médica	10	6	0	13	3
Oncología radioterapia	7	1	0	6	2



TABLA 5

PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

CCAA: REGION DE MURCIA

Otorrinolaringología	52	10	0	41	21
Pediatría	52	30	0	47	35
Psicología clínica	1	2	0	3	0
Psiquiatría	53	37	0	73	17
Radiodiagnóstico	51	25	0	51	25
Rehabilitación	12	13	0	17	8
Reumatología	11	6	0	16	1
Traumatología y cirugía ortopédica	88	6	0	54	40
Urología	43	1	0	33	11
Urgencia Hospitalaria	107	74	4	170	7
Adm. Y Docum. Clin.	4	2	0	4	2
TOTAL	1222	556	11	1210	557



## 6. Investigación:

En la Región de Murcia existen convocatorias competitivas cuya financiación se realiza a través de distintas entidades: Consejería de Sanidad, Universidad de Murcia, Fundación Séneca, Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia y Academia de Farmacia Santa María de España de Murcia. La última convocatoria realizada ha sido el Convenio de colaboración entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través del Servicio Regional de Empleo y Formación y la Fundación Séneca, Agencia Regional de Ciencia y Tecnología, para la gestión de un programa de becas destinado a la realización de proyectos de I+D, Investigación, Desarrollo e Innovación y Transferencia Tecnológica, 2005.

La investigación regional de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia aumenta de manera progresiva. Se ha realizado el Mapa de Investigación de la Región de Murcia. Actualmente y respecto a la convocatoria del FIS-Carlos III hay 7 centros implicados en 14 redes. (2 hospitales: J.M. Morales Meseguer y Virgen de la Arrixaca, Facultad de Medicina, Consejería de Sanidad, Centro de Bioquímica y Genética Clínica). Respecto a los Fondos Europeos se han gestionado tradicionalmente por la Fundación Séneca. Se ha creado recientemente la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias y está previsto crear el Instituto Regional de Investigación Sanitaria.

Los ensayos clínicos también experimentan un aumento en la Región. Actualmente son los hospitales “Virgen de la Arrixaca” (Murcia), “Morales Meseguer” (Murcia), “Reina Sofía” (Murcia) y “Ntra. Sra. Del Rosell” (Cartagena) los que encabezan el número de ensayos.

Se ha creado la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias que abordará de manera preferente las estrategias de difusión de los resultados de las investigaciones. Esta Fundación, no sólo da apoyo al investigador en cuanto al ofrecimiento de soporte y apoyo administrativo sino que incide en que una vez acabado el proyecto corresponde una labor de publicidad, gestión de patentes y apoyo decisivo al investigador (Fase IV de los proyectos).

En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia existe todo un equipo destinado a promocionar y fomentar tres aspectos de la práctica sanitaria basado en la evidencia (Medicina, Enfermería y Farmacoterapia). A través de una completa web ([www.murciasalud.es](http://www.murciasalud.es)) el profesional, previa identificación, puede acceder, prácticamente de manera inmediata a toda la información disponible en revistas nacionales e internacionales sobre la cuestión planteada

**TABLA 6**  
**INVESTIGACION**

CCAA: REGION DE MURCIA

	si/no	Denominación		Figura jurídico-administrativa	Observaciones
Agencia de Evaluación de Tecnologías	NO				
Organismo de Investigación en Ciencias de la Salud	SI	FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN SANITARIAS		FUNDACIÓN PÚBLICA	

	si/no	número	Observaciones
Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC)	SI	4	HOSPITAL "VIRGEN DE LA ARRIXACA" HOSPITAL "MORALES MESEGUER" HOSPITAL "REINA SOFÍA" HOSPITAL "Nº SRA. DEL ROSELL"
Proyectos de Investigación financiados por FIS	SI	7	LOS 7 CENTROS PARTICIPAN EN 14 REDES *

\* HOSPITAL "MORALES MESEGUER". Proyecto: Nuevos estudios immuno-genotípicos en la clasificación y tratamiento de la leucemia mieloide aguda (LMA) y síndromes mielodisplásicos.

HOSPITAL "VIRGEN DE LA ARRIXACA". Proyecto: 1. Inmunología de trasplante, Nuevas vías de tolerancia, diagnóstico y control del rechazo, 2. Características epidemiológicas, fisiopatológicas, clínicas y anatomopatológicas de la muerte súbita en España, 3. Estrategias para optimizar los resultados en donación y trasplante, 4. Red nacional de investigación en hepatología y gastroenterología, 5. Estudio Cooperativo en Retraso Mental de Origen Genético, 6. Genómica del cancer.

	si/no	número	Observaciones
Proyectos de Investigación financiados por Fondos Europeos	SI	7	A TRAVES DE LA FUNDACIÓN SENECA
Proyectos de Investigación financiados en Convocatorias Regionales	SI	13	A TRAVES DE LA CONSEJERIA DE SANIDAD (6), DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA (4), DE LA FUNDACIÓN SENECA (1) Y DE LAS REALES ACADEMIAS DE MEDICINA Y CIRUGIA (1) Y DE FARMACIA (1).
Ensayos Clínicos patrocinados por industria	SI	No disponible	INFORMACIÓN DISPONIBLE EN LA AGENCIA ESPAÑOLA DEL MEDICAMENTO



## 7. Sistemas de información sanitaria:

- **Salud Pública:**

- Sistema de Información de las Enfermedades de Declaración Obligatoria y Sida:  
Análogo al Nacional, gestiona la información a nivel autonómico.
- Sistema de Información de la Mortalidad:  
Análogo al Nacional, gestiona la información a nivel autonómico.
- Sistema de Información Vacunas administradas: Para las vacunas de la edad adulta la información es numérica, para las vacunas de edad infanto-juvenil la información es numérica y nominal.
- Sistema de Información del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en la mujer: Recoge información sobre la población susceptible y la población sometida a cribaje. Información nominal.

- **Atención Especializada:**

- Catálogo Nacional de Hospitales:  
Análogo al Nacional, gestiona la información a nivel autonómico.  
Debería incrementarse la colaboración con el Ministerio de Defensa: la información de su centro nos llega desde el Ministerio de Sanidad, tras solicitud. Sería recomendable que los centros del Ministerio de Defensa remitieran la información a los SS CC de la Comunidad Autónoma donde están radicados.
- Encuesta de Establecimientos Sanitarios en régimen de internado (EESRI):  
Análogo al Nacional, gestiona la información a nivel autonómico.  
Debería incrementarse la colaboración con el Ministerio de Defensa: la información de su centro nos llega desde el Ministerio de Sanidad, tras solicitud. Sería recomendable que los centros del Ministerio de Defensa remitieran la información a los SS CC de la Comunidad Autónoma donde están radicados.
- Sistema de Información del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD):  
Unidades informantes: Centros Hospitalarios radicados en la C A, excepto el Hospital dependiente del Ministerio de Defensa y un centro monográfico psiquiátrico de menos de 40 camas.  
Periodicidad: Trimestral.  
Información recogida: Al Alta Hospitalaria, Cirugía Mayor Ambulatoria (información remitida por todos los centros que la realizan excepto tres, que se incorporaran en 2005), Hospital de Día (en implantación, 2 centros), Técnicas Diagnósticas (en implantación, 1 centro), Hospitalización a domicilio (en implantación, 1 centro). Información nominal.  
Sería deseable recibir la información del Hospital del Ministerio de Defensa.
- Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE):



Unidades informantes: Centros Hospitalarios de titularidad pública.  
Periodicidad: Mensual.  
Información recogida: Sobre infraestructuras y actividad asistencial.  
Información numérica, agregada. Una evolución de la elaborada por el INSALUD.

○ Sistema de Información sobre lista de Espera:

Unidades informantes: Centros Hospitalarios de titularidad pública.

Periodicidad: Mensual.

Información recogida: Lista de espera quirúrgica, de consultas externas y técnicas diagnósticas. Altas, bajas y derivaciones a centros concertados.

○ Sistema de Información actividad en consulta de Salud Mental:

Unidades informantes: Equipos de Salud Mental de titularidad pública.

Periodicidad: Mensual.

Información recogida: Número de usuarios atendidos por tipo de profesional y lugar de atención. Información numérica.

● **Atención Primaria:**

○ Sistema de Información actividad en consulta:

Unidades informantes: Equipos de Atención Primaria de titularidad pública.

Periodicidad: Mensual.

Información recogida: Número de usuarios atendidos por tipo de profesional y lugar de atención. Información numérica.

○ Sistema de Información de relación con atención Especializada:

Unidades informantes: Equipos de Atención Primaria de titularidad pública.

Periodicidad: Trimestral.

Información recogida: Número de usuarios derivados a Laboratorio, Diagnóstico por la imagen e interconsultas. Listas de espera. Información numérica.

○ Sistema de Información actividad en Urgencias:

Unidades informantes: Equipos de Atención Primaria de titularidad pública, que disponen de servicio de urgencias.

Periodicidad: Mensual.

Información recogida: Número de usuarios atendidos y derivados a Atención Especializada.

● **Atención a Urgencias/Emergencias:**

○ Sistema de Información actividad:

Unidades informantes: Unidades móviles de atención.

Periodicidad: Mensual.

Información recogida: Número de usuarios atendidos. Información individualizada no nominal.

● **Prestación Farmacéutica:** Una evolución de la elaborada por el INSALUD.



- **Otros/Gestión:**

- Sistema de Información de cartera de servicios: Servicios que se prestan en los centros de titularidad pública.
- Sistema de Información de centros donde se presta atención sanitaria por el Servicio Murciano de Salud.
- Sistema de Información de gestión de usuarios- Tarjeta sanitaria: Análogo al realizado por el INSALUD, en fase de evolución.  
Unidades informantes: Unidades de gestión de Tarjeta Sanitaria de las Gerencias de Atención Primaria .  
Periodicidad: Contínua.  
Información recogida: Identificación nominal de usuarios, profesionales (solo médicos de Atención Primaria) y centro de salud, junto con el tipo de prestación que tiene cubierta.
- Sistema de Información de gestión de personal.
- Sistema de Información de Asistencia Sanitaria Concertada: Recoge información numérica sobre la actividad realizada por los centros concertados y el seguimiento presupuestario.
- Sistema de Información de Atención prestada a terceros: Recoge información sobre la atención sanitaria prestada a pacientes no beneficiarios del Servicio Murciano de Salud y realiza el seguimiento de la gestión de cobros.



## 8. Calidad:

### 1.- PROGRAMA EMCA

El Programa EMCA es una iniciativa institucional que comenzó sus actividades en 1994, cuyo fin último es el de potenciar la implantación de las actividades relacionadas con la gestión de la calidad en el Sistema de Salud. Desde su inicio ha impartido 112 cursos de Formación en Calidad Asistencial, con 2.766 profesionales participantes, 4.534 horas lectivas, y 339 grupos de mejora creados

Los datos referidos a 2004 son:

- Actividades de Formación en Calidad Asistencia: 9 cursos
- Horas docentes: 344.
- Profesionales participantes: 170
- Grupos de mejora: 23

### 2.- PLAN DE CALIDAD

Durante el año 2004 se han establecido las líneas estratégicas de calidad que enmarcarán la definición y puesta en marcha del Plan de Calidad del Sistema Sanitario Regional. En estas líneas se han plasmado tanto el marco de referencia de las actividades de calidad, como los objetivos estratégicos a desarrollar: Las Líneas Estratégicas del Plan de Calidad están enmarcadas en los siguientes objetivos: Mejora en la gestión de los procesos, con un aumento en la seguridad del paciente, logrando un incremento en el grado de satisfacción, tanto de los usuarios con los servicios recibidos, como de los propios profesionales de los centros. En resumen, se plantea:

- Marco de Referencia
  - Modelo Europeo de Gestión de la Calidad (EFQM).- Durante los últimos dos años, se ha formado a la mayoría de equipos directivos en el Modelo EFQM, así como a los Coordinadores de Calidad. Este periodo de formación básica finalizó el pasado 22 de Noviembre, con una reunión conjunta de todos los equipos directivos de la totalidad de Gerencias de la Región, donde se estableció la metodología a seguir, así como el cronograma (finalización de todo el proceso en tres meses).
  - Visión del Sistema Sanitario recogido en el Plan de Salud
- Líneas Estratégicas y Objetivos:
  1. Líneas Relacionadas con los Procesos de la Organización
    - 1.1) Mejora de Procesos
    - 1.2) Continuidad de los Procesos de Atención.
    - 1.3) Variabilidad de la Práctica Clínica y Gestión de la Utilización.
    - 1.4) Evaluación de Tecnologías.



- 1.5) Normalización de las Tecnologías de la Información y Comunicación.
- 2. Líneas Relacionadas con los Pacientes/Clientes de la Organización
  - 2.1) Satisfacción.
  - 2.2) Hostelería
  - 2.3) Seguridad.
- 3. Líneas Relacionadas con las Personas/Profesionales de la Organización
  - 3.1) Clima Organizacional.
  - 3.2) Formación.
  - 3.3) Investigación.

### **3.- PROYECTO “IMPLANTACIÓN ENCUESTA EMCA DE CALIDAD PERCIBIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA”.**

Durante el año 2004 se ha realizado el trabajo de campo de recogida de datos a una muestra de 7.300 pacientes que habían sido atendidos en la consulta médica o de enfermería en los Centros de Salud de la Región. Posteriormente se procedió a la informatización e inicio de análisis de los mismos.

### **4.- PROYECTO “ENCUESTA DE CALIDAD PERCIBIDA POSTHOSPITALIZACIÓN”.**

Durante el año 2004 se ha procedido a la codificación, depuración y explotación de los datos de 2.836 pacientes que habían sido hospitalizados en hospitales públicos de la Región, y se ha procedido a la difusión de los resultados a los hospitales.





## 9. Seguimiento y estado de salud de la población.

### 9.1 Mortalidad en la Comunidad de Murcia

#### 9.1.1. Esperanza de vida

CUADRO1: Esperanza de vida al nacer por sexo. Comunidad de Murcia, 2003

Sexo	años
Hombres	76,2
Mujeres	82,1
Ambos	79,1

#### 9.1.2. Mortalidad infantil

CUADRO2: Mortalidad infantil por sexo. Comunidad de Murcia, 2003

Sexo	Mortalidad Perinatal		Mortalidad Neonatal		Mortalidad Posneonatal		Mortalidad Infantil	
	Casos	Tasa**	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*
Niños	50	5,8	34	4,0	22	2,6	56	6,5
Niñas	41	5,2	27	3,4	15	1,9	42	5,3
Ambos	91	5,5	61	3,7	37	2,2	98	6,0

\* por 1.000 nacidos vivos

\*\* por 1.000 nacidos vivos y muertos

#### 9.1.3. Mortalidad por causas

En conjunto la principal causa de mortalidad son las enfermedades cerebrovasculares (tasa bruta de 84,9 por cien mil habitantes), seguidas del infarto agudo de miocardio (tasa bruta de 49,4 por cien mil). A continuación se sitúan las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (sin el asma) (tasa de 37,1), el cáncer broncopulmonar (tasa de 35,8) y la insuficiencia cardíaca (34,5) en quinta posición (cuadro 3).

En los hombres destacan las enfermedades cerebrovasculares (tasa bruta de 66,4 por cien mil hombres), seguidas del cáncer de pulmón (tasa bruta de 64,9), el infarto agudo de miocardio (tasa bruta de 56,9), las enfermedades crónicas de las vías



respiratorias inferiores (sin asma) (tasa bruta de 56,4) y en quinto lugar, los accidentes de tráfico (tasa de 26,6) (cuadro 4).

En las mujeres la mayor tasa de mortalidad es por enfermedades cerebrovasculares (tasa bruta de 104,0 por cien mil mujeres), seguidas de la insuficiencia cardíaca (tasa de bruta 46,4 por cien mil), el infarto agudo de miocardio (tasa de bruta 41,8), los trastornos mentales orgánicos senil y presenil (tasa de 29,6) y la diabetes mellitus (tasa de 27,0) (cuadro 5).

Al comparar entre hombres y mujeres, según las tasas ajustadas por edad, las mujeres presentan la mayor mortalidad, debida a las enfermedades cerebrovasculares, y también mayor mortalidad por insuficiencia cardíaca, pero con menores tasas que los hombres en el resto de las causas comunes. A diferencia de los hombres, en las mujeres no aparecen entre las diez primeras causas, ni el cáncer de pulmón, ni la cirrosis hepática, ni los accidentes de tráfico, aunque sí observamos la enfermedad Alzheimer (cuadros 4 y 5).

CUADRO 3: Primeras causas de mortalidad. Ambos sexos. Comunidad de Murcia, 2003

Causas	Casos	Tasa bruta*	Tasa ajust**
Enfermedades cerebrovasculares	1.077	84,9	64,5
Infarto agudo de miocardio	627	49,4	62,3
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto Asma)	471	37,1	27,9
Cáncer del pulmón	455	35,8	32,8
Insuficiencia cardíaca	438	34,5	26
Diabetes mellitus	272	21,4	16,4
Tras. mentales orgánicos senil y presenil	260	20,5	15,1
Cáncer del colon	234	18,4	15,2
Enfermedades del riñón y del uréter	212	16,7	12,7
Accidentes de tráfico de vehículos a motor	210	16,5	15,3
<b>Total</b>	<b>9.704</b>	<b>765</b>	<b>624,8</b>

\*Tasas por 100.000 habitantes

\*\*Tasas ajustadas por el método directo a la población europea estándar por 100.000 hab.

CUADRO 4: Primeras causas de mortalidad. Hombres. Comunidad de Murcia, 2003

Causas	Casos	Tasa bruta	Tasa ajust*
Enfermedades cerebrovasculares	425	66,4	67
Cáncer del pulmón	415	64,9	32,8
Infarto agudo de miocardio	364	56,9	57,4
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto Asma)	361	56,4	55,2
Accidentes de tráfico de vehículos a motor	170	26,6	24,4



Insuficiencia cardíaca	112	22,8	23,1
Cáncer de la próstata	130	20,3	20,3
Cáncer del colon	146	19,5	18,8
Cirrosis y otras enf. crónicas del hígado	112	17,5	11,3
Diabetes mellitus	102	15,9	15,8
<b>Total</b>	<b>5.021</b>	<b>785</b>	<b>793,4</b>

\*Tasas por 100.000 habitantes

\*\*Tasas ajustadas por el método directo a la población europea estándar por 100.000 hab.

CUADRO 5: Primeras causas de mortalidad. Mujeres. Comunidad de Murcia, 2003

Causas	Casos	Tasa bruta*	Tasa ajust**
<b>Enfermedades cerebrovasculares</b>	<b>652</b>	<b>104</b>	<b>60,9</b>
Insuficiencia cardíaca	292	46,4	26,7
Infarto agudo de miocardio	263	41,8	26,7
Tras. mentales orgánicos senil y presenil	186	29,6	16,4
Diabetes mellitus	170	27	16
Cáncer de la mama	131	20,8	17,7
Enfermedad de Alzheimer	126	20	11,1
Enfermedades del riñón y del uréter	123	19,5	11,4
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (excepto Asma)	110	17,5	10,8
Cáncer del colon	109	17,3	12
<b>Total</b>	<b>4.683</b>	<b>744</b>	<b>483,6</b>

\*Tasas por 100.000 habitantes

\*\*Tasas ajustadas por el método directo a la población europea estándar por 100.000 hab.

Fuente: LI. Cirera, O. Cruz y C. Navarro. Estadísticas Básicas de Mortalidad en la Región de Murcia en 2003. Murcia: Consejería de Sanidad y Consejería de Economía y Hacienda; 2005.

[www.murciasalud.es/pagina.php?id=18463&idsec=88](http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=18463&idsec=88)

## 9.2 Otros indicadores de salud

Para la monitorización del Plan de Salud 2003-2007 se utilizan otros indicadores de salud agrupados en las áreas de estilos de vida (tabaco, alcohol, drogas ilegales, nutrición, ejercicio físico y obesidad), cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades transmisibles (tuberculosis y VIH/SIDA), salud mental, diabetes, accidentabilidad y personas mayores. En el anexo figura la última actualización..



### 9.3 Sistemas de Información

El Servicio de Epidemiología emplea distintos sistemas de información sanitaria para conocer y monitorizar el estado de salud de la población. Se describen brevemente en la siguiente tabla.

#### 9.3.1. Encuestas de prevalencia

Año al que se refiere los datos	Problema de salud	Grupos de edad	Periodicidad
1992 2002	Factores de riesgo cardiovascular	18-65 años +19 años	Cada 10 años
2002	Diabetes, obesidad y alimentación	+19 años	Cada 10 años
1992-2002	Tendencias FR cardiovascular	+19 años	Cada 10 años
2003	Demencias	+64 años	Desconocida
2006	Inmigración y salud	+16 años	Desconocida
Varios años (1987, 1995, 1997, 2003)	ENS	Todos aunque nosotros trabajamos con +16 años (adultos)	La de la ENS
2003	Encuesta domiciliaria sobre Consumo de drogas	15-65 años	Cada 2 años
2004	Encuesta de Consumo de Drogas en Escolares	14-18 años	Cada 2 años



### 9.3.2. Sistemas de Notificación y Registros de enfermedades y condiciones

Problema de salud (tipo de sistema)	Años	edades	Periodicidad
IAM (registro poblacional)	1997-1998	+24 años	10 años
Cáncer (registro poblacional)	1982-	Todas	Continuo
EDO (Sistema de notificación)	1940-1997-	Todas	Continuo
SIDA (Registro poblacional)	1983-	Todas	Continuo
Toxicomanías (Sistema de Notificación)	1987-	Todas	Continuo

### 9.4. Comentarios sobre algunos problemas de salud seleccionados.

#### 9.4.1. Prevalencia de Factores de Riesgo: 1992-2002.

Mediante la encuesta realizada en 1992 sobre “Factores de Riesgo Cardiovascular en la Región de Murcia” y el estudio DINO (Diabetes, Nutrición y Obesidad) llevado a cabo en 2002 se ha podido tener una visión de la tendencia de los principales factores de riesgo cardiovascular en la última década. La prevalencia ha experimentado cambios importantes, generalmente hacia niveles más saludables, más destacable en mujeres, exceptuando el consumo de tabaco y la hipercolesterolemia. En hombres destaca el incremento en la prevalencia de obesidad, hipercolesterolemia y cHDL de riesgo.

El exceso de peso (IMC $\geq$ 25) que era uno de los factores de riesgo más prevalentes en la población de 1992, lo sigue siendo en la actualidad, tanto en varones como en mujeres. Por otro lado, resalta la alta prevalencia de hipercolesterolemia, que ha experimentado un aumento muy significativo en la última década. También destaca el aumento en la prevalencia de HDL de riesgo en la población masculina, sin que se observen variaciones en las mujeres.

Por el contrario el consumo de tabaco, la hipertensión y la ausencia de actividad física deportiva han disminuido. En referencia al primero, el descenso se puede atribuir exclusivamente al menor consumo de tabaco por parte de los hombres. En cuanto a la actividad física deportiva, ha aumentado tanto el porcentaje de personas que realizan dos o más horas de deporte semanales, como aquellas que realizan menos de dos horas, traduciéndose en un descenso global del porcentaje de personas que no desempeñan ninguna actividad física deportiva. Por otra parte, el descenso en la prevalencia de hipertensión arterial en la población general se debe concretamente a las mujeres, puesto que en los hombres no hay cambios significativos. En referencia a



la hipertensión, los resultados sugieren que los esfuerzos deberían ir dirigidos hacia un mejor grado de control.

#### 9.4.2. Incidencia, mortalidad y letalidad por infarto agudo de miocardio.

El estudio IBERICA sobre incidencia, mortalidad y letalidad por infarto agudo de miocardio (IAM) se desarrolló mediante un registro de episodios coronarios ocurridos en la Región de Murcia durante los años 1997-1998. El estudio se hizo colaborativamente con otras 6 CC.AA. La edad de registro fue de 20 a 74 años. Los principales resultados obtenidos son: a) la incidencia anual (288 casos de IAM por cada 100.000 hombres, tres veces mayor que en las mujeres con 97 casos) es superior a la media del conjunto de CC.AA. participantes en el estudio IBERICA. La mortalidad es también mayor en Murcia (112 hombres de cada 100.000, dos veces más que mujeres con 51 casos) que en la media de las otras CC.AA. participantes. En la Región de Murcia 1 de cada 3 hombres y casi 1 de cada 2 mujeres de 20 a 74 años muere como consecuencia del IAM, similar al resto de España; aproximadamente, 2 de cada 3 muertes ocurren antes de llegar al hospital. Las tasas de letalidad son similares a la media de las otras CC.AA. participantes. Desde que comienzan los síntomas de IAM hasta que se le hace el primer diagnóstico de certeza (ECG) pasan, en mediana, 2 horas en los hombres y 20 minutos más en el caso de las mujeres. Desde que le realizan el primer diagnóstico de certeza hasta que se instaura el tratamiento médico, en mediana, pasan 35 minutos en ambos sexos. Esto se refiere tan sólo a los casos hospitalarios. Uno de cada dos hombres infartados recibe el tratamiento de elección para el IAM, la trombolisis. La frecuencia en mujeres es de 1 de cada 3. En resumen, elevada morbilidad y mortalidad por enfermedad coronaria con una letalidad elevada pero similar a las demás CC.AA. Los indicadores de atención sanitaria son similares a la media IBERICA. Los resultados indican que las intervenciones deberían concentrarse en evitar nuevos casos de IAM.

#### 9.4.3. Incidencia de cáncer

Mediante las tasas de incidencia ajustadas por edad, se comparan las tasas de la Región de Murcia con las de otros registros de cáncer, apreciando que nuestra región presenta tasas globales medio-bajas con relación a otras áreas geográficas, tanto en varones como en mujeres. Sin embargo, para algunos tumores la incidencia en Murcia es particularmente elevada como ocurre con los cánceres de labio, laringe y vejiga en hombres. En los dos primeros, España presenta las tasas más elevadas registradas en el mundo. También es de señalar que en el ámbito de los registros de cáncer españoles, la incidencia de cáncer de recto en mujeres es la más elevada de las registradas en España mientras la incidencia de cáncer de estómago es entre un 30 y un 40% más baja, comparada con las áreas de mayor incidencia".



#### 9.4.4. Prevalencia de diabetes en adultos (Estudio Dino)

En una encuesta a 2.562 personas  $\geq 20$  años mediante muestreo aleatorio estratificado se ha encontrado una prevalencia de DM total del 11 % (9,5-12,6 %), DM conocida del 7,8 % (6,5-9,2 %), DM ignorada del 3,2 % (2,4-4,2 %) y GBA (glicemia basal alterada) del 4,9 % (3,9-6,1 %). La prevalencia de DM total para la población estandarizada de 30-64 años fue del 7,6 % (10,2 % en varones y 5,2 % en mujeres) lo que permite situarla en el límite alto de las áreas de prevalencia intermedia (3%-10%) donde están situadas la mayoría de las poblaciones europeas. Tanto la DM total como la GBA fueron mayores en hombres que en mujeres y mostraron una tendencia creciente con la edad. Se detectaron nueve diabéticos tratados de cada diez conocidos, aunque tan sólo uno de cada tres estaba controlado. Queda margen para mejorar la detección de pacientes diabéticos y, sobre todo, para aumentar el grado de control entre aquellos que están diagnosticados y tratados.

#### 9.4.5. Sida

Según la información del Registro Regional de SIDA a 30 de junio de 2005, los datos apuntan a una estabilización de la incidencia de SIDA en la Región, situándose por encima de la incidencia en España en los últimos años. En años anteriores disminuyó significativamente el número de casos de sida en UDI. En cambio se observa una cierta estabilización en el último periodo. Proporcionalmente, la vía de transmisión sexual (contactos heterosexuales y homo/bisexuales de riesgo) está cobrando especial importancia en la región. Son las personas infectadas por transmisión sexual justamente las que se diagnostican con mayor retraso. En este escenario se deben ampliar y potenciar las actividades de asesoramiento para la realización de la prueba de detección de la infección más allá de los grupos de riesgo de alta sospecha clínica. El uso de la incidencia de sida como indicador de la transmisión de VIH ha perdido fiabilidad, aunque sí es un buen indicador para valorar a largo plazo la efectividad de actividades preventivas y asistenciales. Este hecho evidencia la importancia que tienen los Sistemas de Información sobre Nuevas Infecciones por el VIH para la vigilancia del VIH/sida en la Región.

#### 9.4.6. Evolución del Consumo de drogas en escolares

Según datos de la Encuesta Escolar sobre Consumo de Drogas en el periodo 1994-2004, la prevalencia de consumo de cocaína han aumentado desde el año 1994 hasta el 2002 para todos los tipos de consumo (Alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días). En el año 2004 desciende el consumo en el grupo de 14 a 16 años, pero en el de 17-18 años se mantiene la tendencia creciente desde el año 1994, sobre todo en las chicas.

En relación a los problemas que les ha ocasionado el consumo, la mayor frecuencia corresponde a los problemas físicos (fatiga, cansancio, problemas para dormir) con el 37%, seguido de los problemas económicos (11,5%), con los estudios y de tipo psíquico. El principal motivo por el que han consumido cocaína ha sido para divertirse (63,7%). Durante este periodo ha descendido el riesgo percibido asociado al consumo de cocaína.



## 10. Participación

La regulación del derecho a la protección de la salud, recogido por el artículo 43 de la Constitución Española de 1978, ha sido objeto de una regulación básica en el ámbito del Estado, a través de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y desde el punto de vista de las cuestiones más estrechamente vinculadas a la condición de sujetos de derechos de las personas usuarias de los servicios sanitarios, mediante la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

En el ámbito de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, el Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia, aprobado por Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, dispone conforme al artículo 11.1 que en el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso, en los términos que la misma establezca, corresponda a la Comunidad Autónoma el desarrollo legislativo y la ejecución en materia de sanidad, higiene, ordenación farmacéutica y coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social, sin perjuicio de lo dispuesto en el número 16 del artículo 149.1 de la Constitución.

Dentro del ámbito normativo regional, destacamos aquellas normas que afectan directamente a la plasmación de los derechos relativos a la información clínica y a la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a su salud.

La Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia que sitúa al ciudadano en el centro del sistema sanitario.

En consonancia con la misma, el Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007, donde la participación es uno de los principios inspiradores del Sistema de Salud de la Región de Murcia.

Dadas las especiales características que concurren en los servicios sanitarios, se hace conveniente llevar a cabo un tratamiento autónomo y diferenciado y limitado exclusivamente al ámbito sanitario a las reclamaciones, quejas, sugerencias y agradecimientos formuladas por los usuarios de los servicios sanitarios para lo que se está estudiando un borrador de Orden.

Por otra parte, es también un proyecto de desarrollo normativo el proyecto de Decreto por el que se aprueba el Reglamento de Voluntades Anticipadas y su Registro, que permitirá a cualquier persona con capacidad para ello, manifestar su voluntad sobre los tratamientos médicos que desea recibir o no en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente.

Otro proyecto normativo en trámite es el Decreto por el que se regula la atención al ciudadano en el Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Mediante dicho texto legal se crea una Red de Información y Atención al ciudadano en materia sanitaria.

Así mismo, está en tramitación un Decreto por el que se regula el derecho a la segunda opinión médica en el ámbito del sistema sanitario de la Región de Murcia.





Una visión amplia del derecho de la autonomía del paciente en relación con los Servicios Sanitarios, el reconocimiento del papel protagonista del ciudadano en cuanto a su salud se refiere, y la consideración de que la satisfacción de sus necesidades, demandas y expectativas son los objetivos fundamentales de la política sanitaria de la Región de Murcia.

Igualmente, con el fin de adaptar la Ley 41/2002 a las peculiaridades del sistema sanitario en la Región de Murcia y muy particularmente en lo relativo a la documentación clínica, esto es, los documentos que integran la historia clínica, el uso, acceso y conservación de la misma; está en estudio un borrador de decreto sobre el uso y acceso a la historia clínica. Otro borrador de decreto contempla la regulación del consentimiento informado.

**TABLA 10**

**PARTICIPACIÓN**

**CCAA: REGION 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**

	si/no		Referencia legislativa	Observaciones
<b>Libre elección de médico</b>		NO		
<b>Segunda opinión</b>		NO		
<b>Acceso a la Historia Clínica</b>		NO		
<b>Consentimiento Informado</b>		NO		
<b>Instrucciones Previas/Últimas Voluntades</b>	SI		Proyecto de Decreto de aprobac. Regl. Inst. Previas	Fase de aprobacion
<b>Guía ó Carta de Servicios</b>		NO		
<b>Información en el Sistema Nacional de Salud</b> (información de carácter administrativo relativa a servicios y unidades asistenciales disponibles y a los requisitos de acceso a los mismos: libertad de elección de médico y centro, conocimiento de listas de espera, posibilidad de segunda opinión, etc.)				
<b>Garantías a los pacientes con necesidades especiales de información asociadas a la discapacidad</b>				

**TABLA 10**

**PARTICIPACIÓN**

**CCAA: REGION DE MURCIA**

Figura ó Institución de Defensa de los derechos de los pacientes	si/no	Denominación	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa (tipo)	Observaciones
	NO				

	si/no	Cuantía dedicada en 2004	Nº de Asociaciones subvencionadas en 2004	Referencia normativa convocatoria	Observaciones
Subvenciones a asociaciones de pacientes	SI	163.108,00 €	82	Orden de 23 de feb. 2004, de convocatoria de ayudas a Asoc. Enfermos destinadas a financiar programas de ayuda para enfermos crónicos (BORM 23 Marzo 2004). Orden de 23 de feb. 2004 de convoc ayudas a Instit sin fin de lucro para organizar jornadas, cursos, actos o publicaciones relacionadas con la Sanidad (BORM 23 Marzo 2004).	



## 11. Equidad.

En cuanto al GÉNERO, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia viene estableciendo Planes de Igualdad que con carácter transversal afectan a distintas áreas de la Administración Regional. A tal efecto se crean Comisiones y Consejos Asesores que tienen entre sus fines establecer una estructura adecuada para la necesaria colaboración, cooperación y coordinación de los organismos, instituciones y entidades que actúan contra la violencia ejercida hacia las mujeres. Así se está estudiando un Anteproyecto de Decreto por el que se aprueba el Consejo Asesor Regional contra la violencia de género. En la composición de dicho Consejo forma parte un representante de la Consejería de Sanidad, y en concreto, de la Secretaría Autónoma de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias.

La ETNIA supone también una preocupación fundamental en la Región de Murcia. Así se ha plasmado en el Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007. En todo caso, es de resaltar que el nuevo rostro de la exclusión va más allá de la cuestión social tradicional, incluyendo nuevos perfiles: familias con hijos, con los dos adultos en paro, jóvenes parados o en precario procedentes del fracaso escolar, niños inmigrantes desescolarizados, parados de larga duración sin cobertura, población analfabeta, inmigrantes ilegales, refugiados y demandantes de asilo, mujeres, población gitana, mujeres sometidas a violencia doméstica, madres solas jóvenes y con rentas bajas, mujeres mayores solas, personas con minusvalías, drogodependencias, gente mayor dependiente y con pocos ingresos, habitantes de barrios marginales y zonas rurales deprimidas, colectivos sin techo, presos y expresos, niños en familias pobres y desestructuradas.

El Gobierno de la Región de Murcia en el Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007 ha fijado como estrategias de actuación prioritarias: el diseño de medidas que mejoren el acceso a las prestaciones sanitarias de los colectivos socialmente excluidos, el diseño de un programa específico de formación de profesionales sanitarios en el área de patología tropical, la promoción y sensibilización de la necesidad de la adaptación al calendario vacunal de los inmigrantes y otros colectivos con escasa penetración en el sistema.

También la Secretaría Autónoma de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias participa en el Grupo de Trabajo de Inmigración y Salud de la Comisión Permanente del Comité Consultivo del Consejo Interterritorial.

En relación con la DISCAPACIDAD, y además de lo ya referido como colectivos socialmente excluidos en el Plan de Salud de la Región de Murcia; la Secretaría Autónoma de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias de la Consejería de Sanidad viene suscribiendo diferentes Convenios que tienen por objeto colaborar y mejorar la calidad asistencial de algunos colectivos de discapacitados. Así, podemos reseñar:

Convenio de colaboración con la Asociación Murciana de Padres e Hijos con Espina Bífida para la mejora de la calidad en la asistencia sanitaria.

Convenio con las Asociaciones Assido-Murcia y Assido-Cartagena para la Formación Práctica de personas con Síndrome de Down.

Convenio con las Asociaciones Assido-Murcia y Assido-Cartagena para la mejora de la calidad asistencial.



**Región de Murcia**  
Consejería de Sanidad.

Dirección General de Planificación, Financiación Sanitaria  
y Política Farmacéutica

Ronda de Levante, 11  
30008 Murcia  
Teléfono 36 20 00

Todo ello sin tener en cuenta las colaboraciones y aportaciones que de un modo indirecto repercuten en la promoción de medidas de equidad cuyos beneficiarios son los colectivos aquí mencionados.

**TABLA 11**

**MEDIDAS PARA LA EQUIDAD**

**CCAA: REGION DE MURCIA**

	si/no	tipo de medida	referencia normativa	observaciones
<b>Género</b>	SI	NORMATIVA		Participación en los Consejos Asesores regionales contra la Violencia sobre la Mujer, de la Consejería de Sanidad, a través, de la Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias.
<b>Etnia</b>	SI	NORMATIVA	Plan de salud de la Región de Murcia 2003-2007	
<b>Discapacidad</b>	SI	CONVENIO		Convenios de colaboración suscritos entre la Consejería de Sanidad a través, de la Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias. y diferentes colectivos de discapacitados
<b>Otras</b>				



## 12. Valoración del proceso transferencial

No se aporta texto para este punto

## 13. Descripción de una experiencia innovadora

### **PROYECTO EMCA-OMS. "REDISEÑO GLOBAL DE CUIDADOS DE SALUD PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS: EPOC Y DIABETES".**

En el año 2004 se ha formalizado un acuerdo con la Organización Mundial de la Salud para el desarrollo en los Servicios Sanitarios de la Comunidad Autónoma de Murcia, del proyecto "Rediseño Global de Cuidados de Salud para Enfermedades Crónicas". Tras su puesta marcha en septiembre de 2004 con un seminario de formación en la metodología del Proyecto, se han creado dos grupos de trabajo sobre EPOC y Diabetes que iniciaron sus trabajos en el último trimestre de 2004.

#### **1. Antecedentes:**

Las enfermedades crónicas suponen una carga creciente para las poblaciones y los servicios de salud en todo el mundo. Sin embargo los sistemas de atención, diseñados básicamente para la atención a episodios agudos de enfermedad, no se están adaptando de forma adecuada a este hecho. Entre otras cosas, la atención a crónicos está poniendo de manifiesto de forma muy notoria los problemas de coordinación entre los diversos elementos del sistema de salud, y la deficiente aplicación de la evidencia científica (clínica y organizacional) en el diseño e implementación de la atención que reciben.

En respuesta a esta situación, la Organización Mundial de la Salud lanzó en 2002 un nuevo proyecto denominado "*Innovative Care for Chronic Conditions*". El objetivo del proyecto es fomentar los cambios necesarios en los sistemas de salud para ofrecer una atención de mayor calidad a los problemas de salud crónicos.

#### **2.- Principales características del proyecto de la OMS "*Innovative care for Chronic Conditions*"**

A partir de la problemática detectada en el diseño y actuación de los sistemas de salud en relación con los padecimientos crónicos, la OMS propone un modelo y una serie de iniciativas para el rediseño de los servicios, resumidas en el documento "Cuidado innovador para las condiciones crónicas: Agenda para el Cambio" (OMS, Ginebra, 2002), de cuyos principales apartados extraemos y subrayamos los siguientes elementos:



### ***Problemas de diseño de los Sistemas de Salud.***

Se señala la existencia de problemas en los niveles micro (interacción con los pacientes), meso (organización de la atención) y macro (políticas de salud).

A nivel **micro** destaca el escaso valor otorgado a una adecuada interacción con los pacientes y su grado de autonomía, desaprovechándose en gran parte el potencial de colaboración y autocuidado.

A nivel **meso** se destaca que el diseño de los sistemas está pensado mayoritariamente para la atención a agudos, con la consiguiente creación de compartimentos estancos y problemas de coordinación y continuidad cuando el problema de salud no se soluciona a corto plazo. Al mismo tiempo, se señalan otros síntomas de diseño defectuoso como son, entre otros:

- Insuficiente traslación de la evidencia científica a la práctica.
- Insuficiente atención a los aspectos preventivos.
- Sistemas de información no instrumentados para la atención y monitorización efectiva de este tipo de pacientes.

A nivel **macro** se señala la inexistencia o inadecuación de políticas de salud y planes articulados para este tipo de problemas de salud, así como la fragmentación de los sistemas financieros, y un marco legislativo, de normas y monitorización de la implantación de las políticas de salud inadecuados o insuficientes.

### ***Innovaciones necesarias***

De forma resumida se señala la necesidad de:

- Una nueva forma, más integral e integrada, de considerar la atención a problemas de salud crónicos.
- Una nueva manera de organizar los sistemas de atención.
- Una mayor conexión entre pacientes, comunidad y organización de la atención sanitaria.
- Un nuevo marco para la atención, que incluya explícitamente y en la práctica:
  - Toma de decisiones basada en evidencia.
  - Enfoque en la población.
  - Enfoque en prevención.
  - Integración de servicios.
  - Enfoque en calidad.

### ***Elementos para el cambio***

Se señalan una serie de elementos que contribuirán al desarrollo e implantación del modelo que se preconiza. Destacamos de entre ellos los siguientes:

- Cambio de modelo (paradigma) de atención a problemas crónicos.
- Desarrollo de procesos de atención integrada.
- Fomento de la participación del paciente y el autocuidado.
- Utilización del personal de salud de forma más efectiva.





- Alinear políticas sectoriales.
- Gestionar el ambiente político.

La OMS, a través de este proyecto, apoya y difunde las experiencias que se inicien en línea con el nuevo modelo. Hasta el momento hay documentadas experiencias asimilables, al menos parcialmente, con este enfoque en Estados Unidos, Nueva Zelanda y el Reino Unido, dentro del grupo de países desarrollados.

### **3.- Proyecto de colaboración EMCA-OMS. Diseño integral y mejora continua de la calidad de la atención a problemas de salud crónicos: EPOC y Diabetes.**

El proyecto consiste en el diseño, implementación y mejora continua del proceso de atención a EPOC y Diabetes, con el apoyo institucional y metodológico de la OMS, y una duración prevista de dos años.

#### ***Diseño del proceso de atención a un problema de salud crónico.***

El modelo para la gestión de la calidad que utiliza el Programa EMCA distingue tres grupos de actividades o puertas de entrada para la mejora continua de la calidad: monitorización de indicadores, estándares, normas o criterios para identificar los aspectos/problema a mejorar; ciclos de mejora sobre los problemas de calidad identificados, sea con monitorización o con otros métodos; y diseño o planificación de la calidad para ofrecer servicios que satisfagan necesidades y expectativas previamente identificadas. Este proyecto lo enfocamos como una actividad de diseño de la calidad, en la cual se expliciten las características que han de tener los procesos y subprocesos que incluya la atención sanitaria al problema de salud crónico que se elija. El enfoque de diseño implica, entre otras cosas lo siguiente:

- Identificación de necesidades y expectativas de los clientes externos e internos del proceso a diseñar.
- Identificación de la evidencia científica existente sobre las decisiones clínicas y organizativas que optimizan los resultados deseados.
- Utilización de metodologías adecuadas para el diseño de procesos. En este sentido, proponemos utilizar el método IDEF (*Integration Definition*) para el modelaje funcional del proceso (IDEF0:*Integration Definition for Function Modeling*) y de la información que implica (IDEF1:*Integration Definition for Information Modeling*), con inclusión de la metodología para el diseño de Vías Clínicas y Guías de Práctica Clínica para los subprocesos que corresponda.
- Identificación de los indicadores que puedan servir para la monitorización de la implementación y calidad resultante del proceso diseñado.
- Identificación de responsables o gestores de los diversos subprocesos que se definan.

#### ***Apoyo institucional y metodológico de la OMS***

El proyecto se enmarca en la iniciativa de la OMS "*Innovative Care for Chronic Conditions*" y cuenta desde su inicio con el apoyo institucional y metodológico de esta organización. Ello implica:



- Supervisión del desarrollo del proyecto.
- Reconocimiento y eventual difusión internacional como proyecto de colaboración con OMS.
- Aprovechamiento y aprendizaje de experiencias previas consideradas de interés dentro de la iniciativa de la OMS. Entre ellas se incluye el modelo de atención a pacientes crónicos de Wagner y los proyectos colaborativos encuadrados en las "Breakthrough Series" del IHI (*Institute for Health Care Improvement*) Posibilidad de diseñar formas de colaboración más estables a medio y largo plazo entre el Programa EMCA y la OMS.

### ***Duración de dos años.***

La duración prevista del proyecto es de dos años. A grandes rasgos, durante el primer año se realizan las actividades conducentes al diseño del proceso de atención, que se implementa y monitoriza a lo largo del segundo año.

Más en concreto, el proyecto contempla durante el primer año las siguientes fases:

- Selección de problema de salud y área o áreas participantes (Epic y Diabetes).
- Formación a los finalmente implicados en la metodología necesaria para el diseño y gestión de y por procesos, en general (en línea también con lo que preconizan los modelos ISO y EFQM) y sobre el modelaje de la atención a crónicos en particular. Esta formación complementa ya tienen como participantes del Programa EMCA.
- Formación de grupos de trabajo para reunir la información y dirigir las actividades necesarias para:
  - Identificación de necesidades y expectativas de los clientes externos (pacientes y población en riesgo).
  - Identificación de necesidades y expectativas de los clientes internos.
  - Identificación de la evidencia científica sobre decisiones clínicas.
  - Identificación de la evidencia científica sobre decisiones de tipo organizativo.
- Definición de procesos y subprocesos incluidos en el macroproceso de atención los problemas de salud seleccionados.
- Identificación de gestores de procesos y subprocesos.
- Identificación y/o construcción de los indicadores para monitorizar la implantación y resultados del procesos diseñado.

Y durante el segundo año:

- Identificación e implantación planificada de los cambios organizativos, de práctica clínica y de sistema de información que requiera el proceso diseñado.
- Pilotaje de actividades, indicadores y de funcionamiento en general del proceso diseñado.
- Evaluación cualitativa y cuantitativa de la experiencia.

### ***Principales productos esperados***

- Diseño del proceso completo para la atención al problema de salud objeto del proyecto.



- Diseño de los indicadores y sistema de información útil para el control y mejora continua del proceso diseñado.
- Aprendizaje en servicio y basado en la solución de problemas, sobre métodos de diseño de procesos, por parte de los participantes en el proyecto.
- Visibilidad internacional de la Consejería de Sanidad y del Servicio Murciano de Salud, a través de la colaboración con OMS.

La experiencia acumulada en este proyecto puede servir para aplicar una metodología semejante a otros problemas de salud y servicios en general de los que es responsable el sistema de salud.