



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación, Investigación,  
Farmacia y Atención al Ciudadano



# **EVALUACIÓN PLAN DE SALUD 2010-2015**

## **Informe final de evaluación Estilos de Vida**



**7 de abril de 2017**



**Región de Murcia**  
Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación, Investigación,  
Farmacia y Atención al Ciudadano





**Región de Murcia**  
Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación, Investigación,  
Farmacia y Atención al Ciudadano



EDITA:

Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano. Consejería de Sanidad. Región de Murcia.

CITA RECOMENDADA: Evaluación del Plan de Salud 2010-2015. Informe final de evaluación. Estilos de vida. Murcia: Consejería de Sanidad; 2017.

Puede acceder a información relacionada en <http://www.murciasalud.es/plandesalud>

© Se permite la reproducción parcial o total, siempre que se indique la fuente.

Antes de imprimir este documento, piense si es necesario.

**Agradecimientos:** A todas las instituciones que han facilitado la información necesaria para realizar el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud. A los profesionales de la región relacionados con la implantación del Plan de Salud que, al realizar su labor, han permitido la obtención de la información necesaria para la elaboración de este informe.



**Región de Murcia**  
Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación, Investigación,  
Farmacia y Atención al Ciudadano





## ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. EVALUACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA. ....	3
3. ANEXO. RESULTADOS DETALLADOS “ESTILOS DE VIDA”.....	16



**Región de Murcia**  
Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación, Investigación,  
Farmacia y Atención al Ciudadano





## 1. INTRODUCCIÓN

El Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015 (PS2015) se ha elaborado con el propósito de mejorar la salud de la población reduciendo las desigualdades y fortaleciendo el Sistema Sanitario. Para ello se han establecido objetivos y estrategias de intervención, priorizados en niveles según su relevancia: NIVEL 1. Objetivos para incrementar nivel de salud de la población, NIVEL 2. Objetivos relacionados con los condicionantes del nivel de salud de la población (determinantes de la salud y enfermedades relevantes) y NIVEL 3. Estrategias de intervención, que incluyen actividades principales (que favorecen la consecución de los objetivos) e indicadores de seguimiento que valoran el grado de ejecución de dichas actuaciones.

Globalmente el PS2015 consta de 13 objetivos del nivel de salud, 131 objetivos sobre los determinantes y problemas de salud, 165 actividades principales y 130 indicadores de seguimiento repartidos en 4 áreas de intervención y 2 abordajes transversales (tabla 1).

TABLA 1. EVALUACIÓN PS2015. OBJETIVOS, ACTIVIDADES PRINCIPALES E INDICADORES DE SEGUIMIENTO.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN Y ABORDAJES TRANSVERSALES	Objetivos (Nivel 1 y 2)		Estrategias (Nivel 3)		Total
	Nivel de salud	Determinantes y problemas de salud	Actividades principales	Indicadores seguimiento	
Nivel de salud	13	-	-	-	13
Estilos de vida	-	42	39	27	108
Entorno	-	12	13	10	35
Protección colectiva	-	19	14	7	40
Enfermedades relevantes	-	36	51	51	138
Desigualdades en salud	-	7	15	8	30
Sistema sanitario	-	15	33	27	75
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>131</b>	<b>165</b>	<b>130</b>	<b>439</b>



La evaluación y el seguimiento del PS2015 se realizan mediante la recogida de información cuantitativa (objetivos e indicadores de seguimiento) y cualitativa (actividades principales) de las medidas seleccionadas y su comparación con los estándares propuestos. Se han establecido rangos de cumplimiento de cada una de las medidas según las escalas de valoración establecidas (alcanzado, parcialmente alcanzado, no alcanzado y no evaluable)<sup>1</sup>. Para facilitar la comparabilidad con evaluaciones previas, se ha considerado que cumplen globalmente con lo establecido en el PS2015 aquellas medidas que han conseguido las metas esperadas o las que se encuentran cercanas a ellas (% alcanzado + % parcialmente alcanzado), especificando de manera separada las que alcanzan los estándares.

Se mantiene la orientación de informes previos, habiéndose realizado un análisis pormenorizado de los objetivos (Informe final de Evaluación de Objetivos) y un análisis conjunto de los objetivos y las intervenciones que pretenden facilitar su consecución (Informe final de Evaluación Integral). Adicionalmente, se han realizado Informes finales de Evaluación de manera separada para cada área de intervención y abordaje transversal, en los cuales se valoran en detalle las medidas del plan de salud contempladas en cada uno de estos apartados.

Con este informe de evaluación se trata de extraer conclusiones que puedan ser de utilidad para futuros planes y programas de salud, para dar coherencia y continuidad a las líneas en las que se viene trabajando en la región, o para sugerir otras líneas nuevas de actuación que emergen debido a la evolución de los marcos de referencia o a la detección de nuevas necesidades por la población y los propios profesionales en el desarrollo de su labor.

---

<sup>1</sup> Los detalles sobre la metodología utilizada puede consultarse en el **Informe de Evaluación Integral**, accesible en: [www.murciasalud.es/plandesalud](http://www.murciasalud.es/plandesalud).





## 2. EVALUACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA

A continuación se proporciona la evaluación de los objetivos y las estrategias de intervención del área “estilos de vida”. Se presenta en primer lugar una valoración conjunta del total de medidas para obtener el grado de alcance global del plan en esta área (tabla 2), diferenciando después entre el cumplimiento de los objetivos y las estrategias de intervención (tablas 3 y 4). Posteriormente se realiza un análisis de los principales logros y líneas de mejora para los principales grupos de medidas contemplados en esta área. Se ha utilizado el mismo sistema de numeración de las medidas que el publicado en el PS2015 para facilitar su identificación y seguimiento. Los resultados pormenorizados de las medidas se encuentran disponibles en el anexo.

TABLA 2. EVALUACIÓN PS2015. VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL CONJUNTO DE MEDIDAS. ÁREA DE INTERVENCIÓN “ESTILOS DE VIDA”.

ESTILOS DE VIDA		Alcanzado	Parcialmente alcanzado	No alcanzado	No evaluable	Total
<b>Objetivos</b>	N	10	16	6	10	42
	%	23,8%	38,1%	14,3%	23,8%	100%
<b>Actividades principales</b>	N	15	11	11	2	39
	%	38,5%	28,2%	28,2%	5,1%	100%
<b>Indicadores de seguimiento</b>	N	4	13	6	4	27
	%	14,8%	48,1%	22,2%	14,8%	100%
<b>Total</b>	N	29	40	23	16	108
	%	26,9%	37,0%	21,3%	14,8%	100%

No se han podido evaluar el 14,8% de las medidas sobre estilos de vida (16). La mayoría de ellas (10) corresponden a objetivos que se debían monitorizar a través de encuestas poblacionales periódicas (sobrepeso, obesidad y sedentarismo infantil, exposición al humo de tabaco en el hogar, uso de preservativo en jóvenes,...). La Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) y de los estudios sobre Conductas y Factores Relacionados con la Salud en los Escolares de la Región de Murcia se realizan cada cuatro años aproximadamente, no disponiendo de información actualizada para



realizar una evaluación final de estos objetivos. La Encuesta Europea de Salud en España de 2014 (EESE) recoge información de algunos indicadores comparables con los de la ENSE, que han sido tenidos en cuenta en esta evaluación.

El área de estilos de vida presenta un grado de cumplimiento global del 63,9% (26,9% de las medidas ha alcanzado o superado el estándar fijado en el PS2015, y un 38% se encuentran cercanas a alcanzarlo). Ocupa la quinta posición en cumplimiento global y la tercera en nivel de incumplimiento (21,3%), por lo que se considera un área de mejora en la Región.

Se han agrupado los objetivos y las estrategias de intervención por grandes temas (tablas 3 y 4). Para dos grupos (estado psicológico e implicación de la ciudadanía con su salud, tabla 4) sólo se contemplan estrategias de intervención. Las intervenciones relacionadas con la alimentación y el ejercicio físico (tabla 4) pretenden influir en la consecución de los objetivos de reducción del sobrepeso, obesidad y sedentarismo (anexo).

TABLA 3. EVALUACIÓN PS2015. VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS.  
ÁREA "ESTILOS DE VIDA"

OBJETIVOS		Alcanzado	Parcialmente alcanzado	No alcanzado	No evaluable	Total
Sobrepeso y obesidad	N	0	6	0	6	12
	%	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	100%
Ejercicio físico	N	2	1	0	1	4
	%	50,0%	25,0%	0,0%	25,0%	100%
Consumo de alcohol y otras drogas	N	7	2	5	0	14
	%	50,0%	14,3%	35,7%	0,0%	100%
Consumo de tabaco	N	1	5	1	2	9
	%	11,1%	55,6%	11,1%	22,2%	100%
Educación afectivo-sexual	N	0	2	0	1	3
	%	0,0%	66,7%	0,0%	33,3%	100%
<b>Total</b>	<b>N</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>42</b>
	<b>%</b>	<b>23,8%</b>	<b>38,1%</b>	<b>14,3%</b>	<b>23,8%</b>	<b>100%</b>



TABLA 4. EVALUACIÓN PS2015. VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN. ÁREA “ESTILOS DE VIDA”

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN		Alcanzado	Parcialmente alcanzado	No alcanzado	No evaluable	Total
Alimentación	N	1	4	5	0	10
	%	10,0%	40,0%	50,0%	0,0%	100%
Ejercicio físico	N	1	2	4	1	8
	%	12,5%	25,0%	50,0%	12,5%	100%
Consumo de alcohol y otras drogas	N	4	5	0	1	10
	%	40,0%	50,0%	0,0%	10,0%	100%
Consumo de tabaco	N	4	7	5	0	16
	%	25,0%	43,8%	31,3%	0,0%	100%
Educación afectivo-sexual	N	3	2	0	1	6
	%	50,0%	33,3%	0,0%	16,7%	100%
Estado psicológico	N	1	0	2	2	5
	%	20,0%	0,0%	40,0%	40,0%	100%
Implicación de la ciudadanía con su salud	N	5	4	1	1	11
	%	45,5%	36,4%	9,1%	9,1%	100%
<b>Total</b>	<b>N</b>	<b>19</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>6</b>	<b>66</b>
	<b>%</b>	<b>28,8%</b>	<b>36,4%</b>	<b>25,8%</b>	<b>9,1%</b>	<b>100%</b>

El mayor nivel de cumplimiento global corresponde a las medidas relacionadas con el consumo de alcohol y drogas, con un 75% de objetivos y estrategias que alcanzan total o parcialmente lo establecido en el PS2015, y un 46% que alcanzan o superan los estándares. El mayor nivel de incumplimiento corresponde a las estrategias de intervención relacionadas con la alimentación y el ejercicio físico (50% de medidas no alcanzan los estándares), y el estado psicológico (40% de incumplimiento, tabla 4). A continuación se detallan los principales logros y áreas de mejora identificados en relación a los objetivos e intervenciones específicas sobre los estilos de vida:

Los objetivos de **sobrepeso y obesidad** infantil (anexo), no se han podido evaluar por no disponer de información actualizada y comparable para analizar la tendencia y el grado de cumplimiento de este indicador. Sin embargo, los valores registrados en el último año disponible (ENSE-2011) indicaban un alcance de los objetivos para el sobrepeso infantil (15,1%) respecto al estándar para ese año, pero no en la prevalencia de obesidad (gráficos 1 y 2). Otras fuentes de información indican prevalencias más elevadas (20,6% de sobrepeso y 11,4% de obesidad en el Estudio regional de Obesidad Infantil realizado en centros de atención primaria en 2013).

GRÁFICO 1.

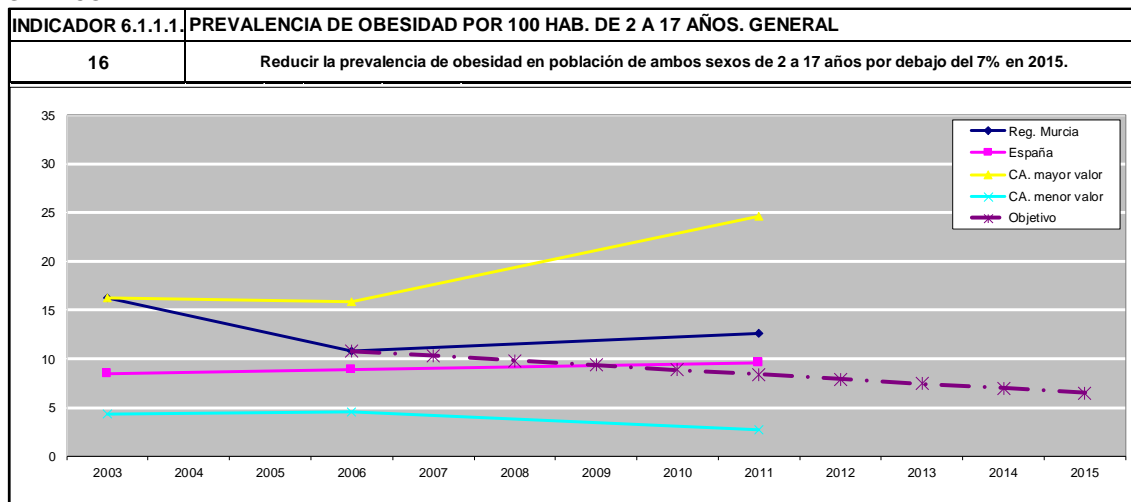
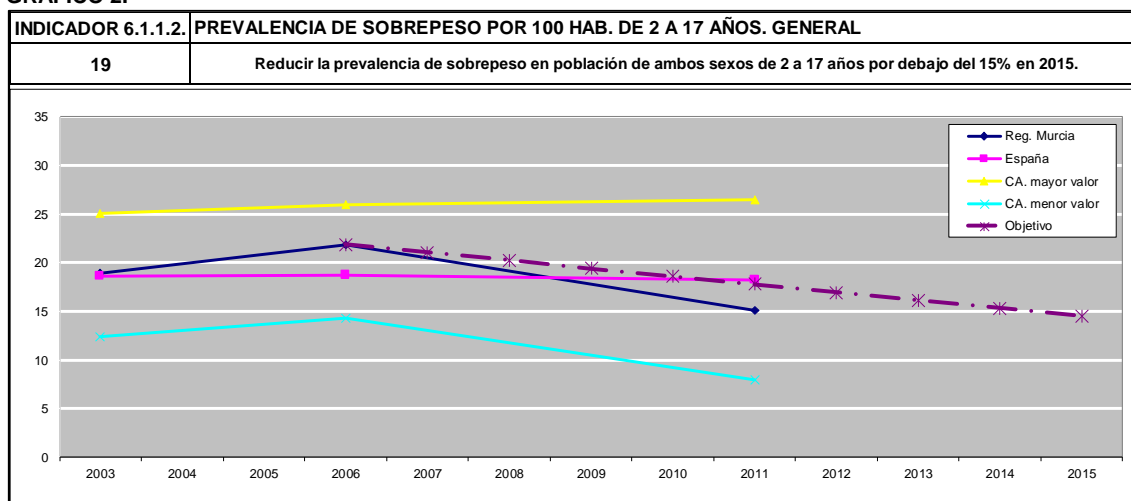


GRÁFICO 2.



Las prevalencias de obesidad y sobrepeso en población mayor de 18 años en la región han mejorado ligeramente (37,9% y 17,3%), pero se mantiene por encima de lo deseable, sobre todo en hombres (anexo), habiéndose alcanzado parcialmente los objetivos contemplados en el PS2015 (gráficos 3 y 4).

GRÁFICO 3.

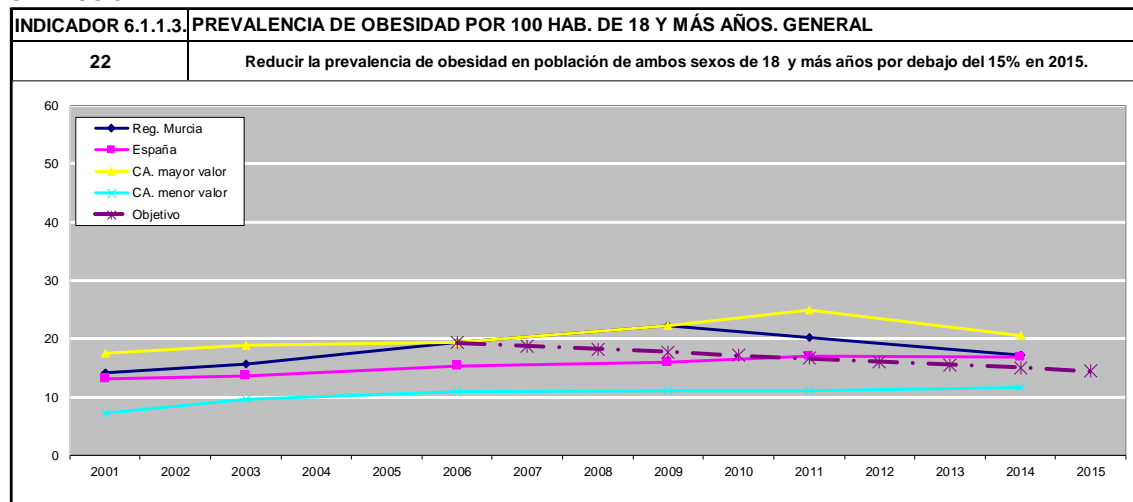
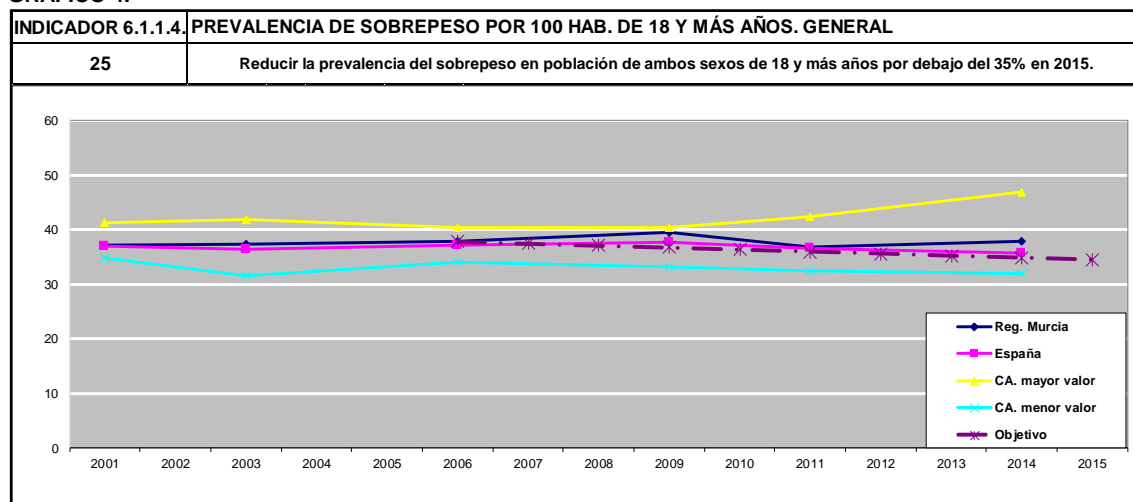


GRÁFICO 4.



Se han puesto en marcha algunas actividades para promocionar una **dieta saludable** en la población como la regulación de la alimentación en centros escolares y de servicios sociales y estrategias de comunicación y publicidad sobre alimentación sana. La situación en comedores escolares ha mejorado notablemente, pero no se han alcanzado los estándares, ni en éstos centros ni en los centros de servicios sociales (donde se incumplen las medidas) pese a las iniciativas tomadas. Queda además un amplio margen de mejora en el establecimiento de acuerdos con la industria alimentaria y el sector de la hostelería, y el desarrollo e implantación de un protocolo de actuación contra la obesidad infantil en el sistema sanitario (tabla 4 e indicadores 6.1.2.1 del anexo).



Se detectan ciertas mejoras en el nivel de **actividad física** de la población murciana, habiéndose reducido la prevalencia de sedentarismo (44,5%), sobre todo en hombres (38,6%). Sin embargo, las actividades propuestas en el plan para alcanzar este objetivo presentan un grado de incumplimiento elevado (50% no alcanzan los estándares, tabla 4 e indicadores 6.1.2.2 del anexo).

De las actuaciones conseguidas cabe destacar el establecimiento de acuerdos entre los ayuntamientos y los centros de salud para promocionar la actividad física (como p.ej. el programa Activa iniciado en 2010, con una adhesión aproximada del 50% de ayuntamientos y centros de salud en 2015), cierta inversión por parte de algunos ayuntamientos para mejorar la movilidad (carril bici) y el acondicionamiento de parques, considerándose sin embargo que son mejorables. No se consideran activadas en el conjunto regional otras medidas contempladas en el PS2015 (incrementar la inversión en infraestructuras por parte de los ayuntamientos, disponibilidad de instalaciones deportivas, promoción del uso del transporte público, etc.), aunque existen algunas iniciativas por parte de ayuntamientos concretos.

En términos generales el **hábito tabáquico** en la población murciana ha mejorado parcialmente, sin llegar a alcanzar los objetivos establecidos de reducción de la prevalencia de consumo e incremento de la tasa de abandono (55,6% de los objetivos alcanzados parcialmente, tabla 3). Se observa una evolución más desfavorable en las mujeres (gráficos 5 y 6) que repercute en los resultados globales. No se ha conseguido elevar la media de edad de inicio de consumo del tabaco, manteniéndose por debajo del estándar fijado de 14 años en casi todo el periodo (objetivo parcialmente alcanzado). En estos dos aspectos es donde se requieren un mayor esfuerzo e intervenciones más adaptadas.

No se ha podido monitorizar la exposición al humo del tabaco en el hogar y lugares cerrados, ya que la información aportada por la EESE-2014 no es comparable a la de la ENSE.

GRÁFICO 5.

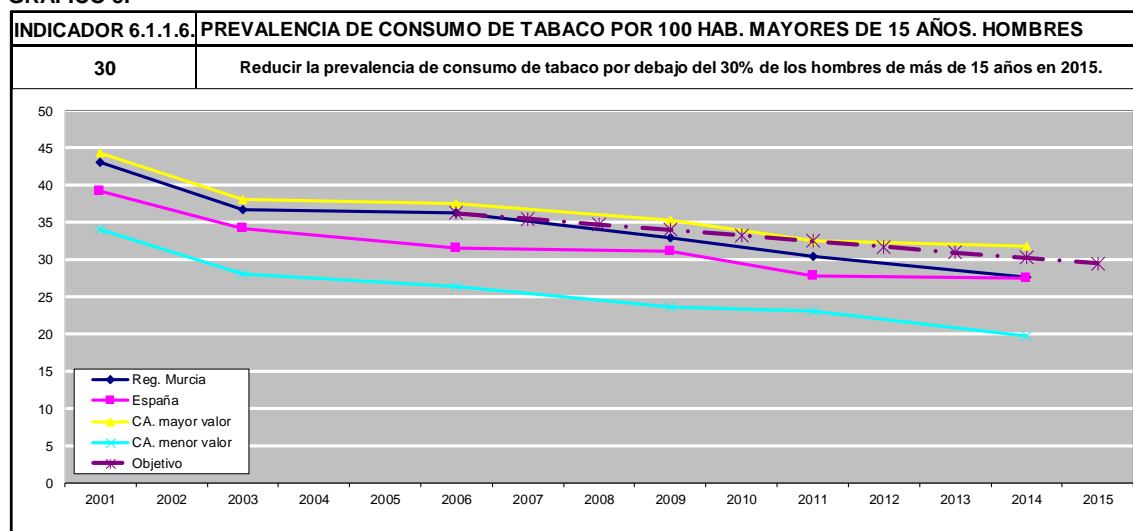
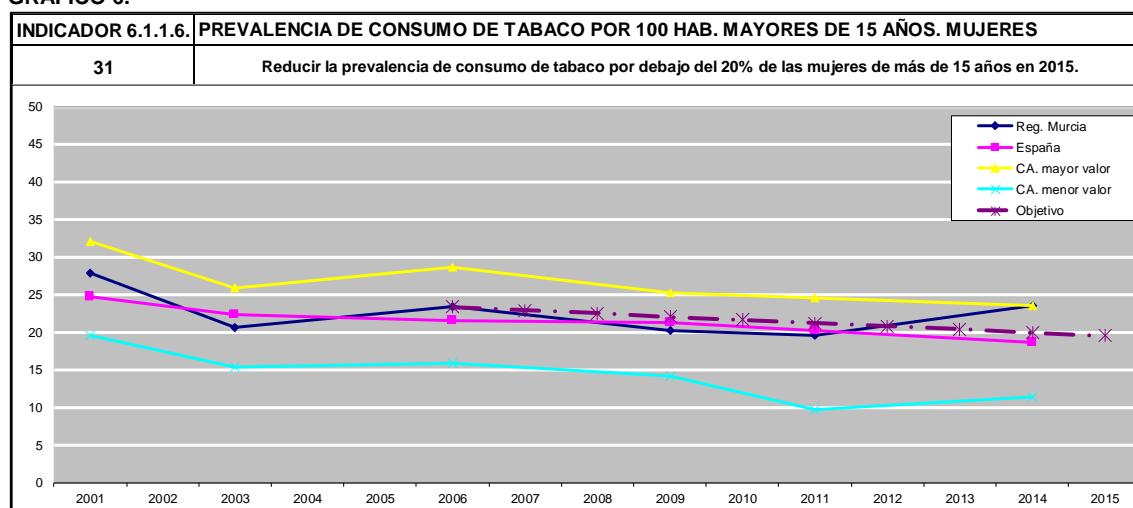


GRÁFICO 6.



En relación a las actividades orientadas a reducir el consumo de tabaco y la exposición al mismo en la región (indicadores 6.1.2.3 del anexo) destacan sobre todo las iniciativas emprendidas desde el sistema sanitario relacionadas con la formación para los profesionales sobre la prevención del tabaquismo (intervención mínima y avanzada) sobre la población general y de riesgo (embarazadas y niños). Sin embargo, en la historia clínica se registra que en 2014 sólo en el 42% de la población adulta se había valorado el hábito tabáquico y se había dado consejo sobre su consumo. Además, el coste del tratamiento farmacológico para la deshabituación tabáquica no ha estado contemplado por el sistema sanitario público en el periodo de vigencia del PS2015.



Son mejorables también algunas medidas relacionadas con la exposición ambiental al humo del tabaco. Por su papel como modelo de hábitos saludables para la población, sería deseable incrementar sustancialmente la adhesión de los centros de salud a la red de centros sin tabaco, y completar la adhesión de la totalidad de hospitales de la región. Las medidas contempladas en la legislación vigente, en especial las encaminadas a la exposición en centros educativos, junto con otras medidas (de sensibilización a la población sobre el perjuicio de exponerse al humo, o las medidas para prevenir el tabaquismo en población escolar en el marco del Plan de Educación para la Salud en la Escuela) se consideran parcialmente alcanzadas. Por último, no se ha desarrollado el programa regional sobre el tabaquismo previsto, que coordine todas estas acciones y consiga un efecto sinérgico de las mismas.

La prevalencia de consumo de riesgo de **alcohol** se ha reducido al 1,7%, alcanzando los estándares tanto en hombres como en mujeres (gráfico 7). También alcanzan los estándares el indicador de seguimiento de intoxicaciones etílicas atendidas por los servicios de emergencias y la mayoría actividades del PS2015 (sensibilización a la población general y colectivos vulnerables sobre el consumo de alcohol, detección precoz en población joven desde atención primaria, etc., indicadores 6.1.2.4 del anexo).

Pese a los avances registrados en este ámbito, de nuevo, uno de los mayores márgenes de mejora se encuentra en los objetivos e intervenciones relacionados con la población más joven: la media de edad de inicio se ha mantenido también prácticamente estable y por debajo del estándar de 14 años, y no se ha alcanzado el objetivo fijado de reducción de la prevalencia de consumo en el último mes en estudiantes de secundaria (gráfico 8). En este sentido, se ha notificado la realización de las actuaciones previstas para la prevención y detección del consumo de alcohol en jóvenes desde atención primaria enmarcadas principalmente en el Programa Argos-AP. Sin embargo, se considera que es posible ampliar y mejorar las actuaciones dentro del marco del Plan de Educación para la Salud en la Escuela y el registro del consumo excesivo en la población adulta en la historia clínica para incrementar su detección precoz (alcance parcial).

Fuera del marco del Plan de Educación para la Salud en la Escuela se han desarrollado también los proyectos Argos-familias (orientado a población infantil y preadolescente desde la atención pediátrica) y Argos-comunitario, orientado a población adolescente de 1º de la ESO, con la participación de centros educativos, ayuntamientos



y centros de salud del área sanitaria. Este último se había implantado en 3 áreas de salud en 2012-2013, y se tenía prevista su extensión al resto de áreas para 2014-2015, pero no se dispone de información actualizada para su evaluación.

GRÁFICO 7.

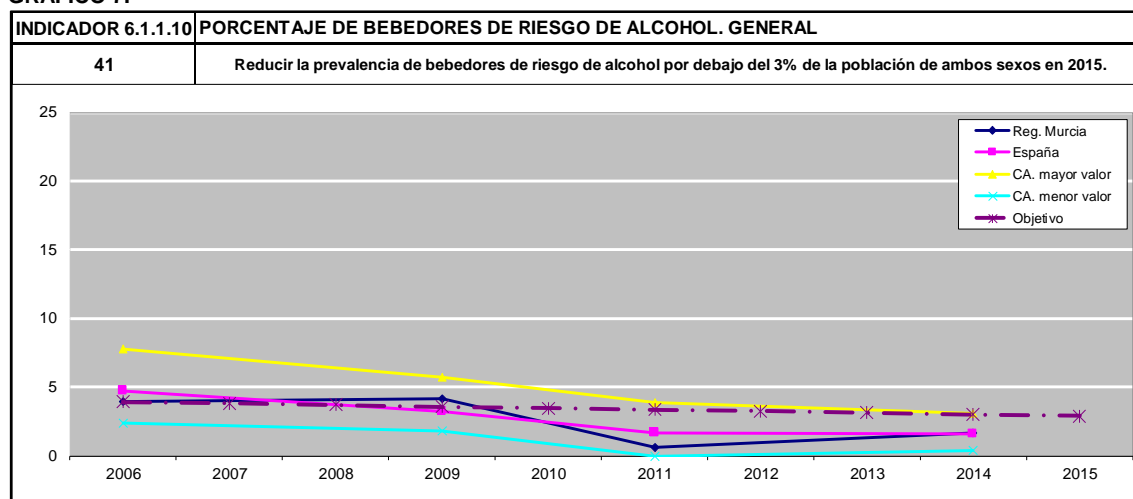
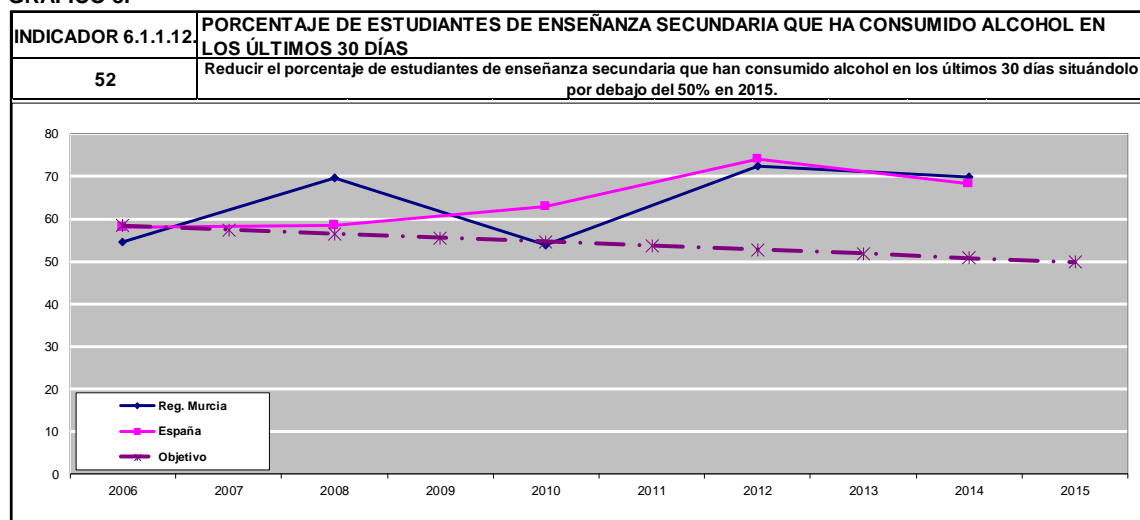


GRÁFICO 8.



Respecto a las **drogas ilegales**, la prevalencia de consumo de cannabis es mayor que la registrada en el consumo de otras drogas ilegales, como por ejemplo la cocaína, aunque podría estar evolucionando un poco mejor que esta última. Se considera que se ha alcanzado el estándar de reducción del consumo de cannabis en conjunto (gráfico 9) y en el caso de las mujeres. No así en los hombres, cuya prevalencia se sitúa por encima de lo deseado. En relación al consumo de cocaína, se requieren mayores esfuerzos, ya

que las prevalencias de consumo no alcanzan los estándares fijados en ningún caso (gráfico 10).

GRÁFICO 9.

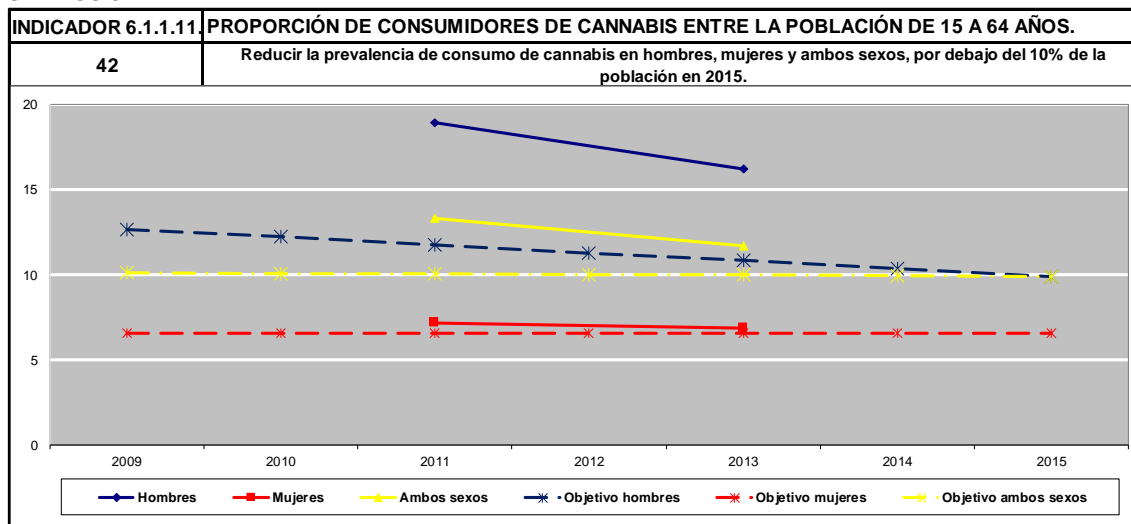
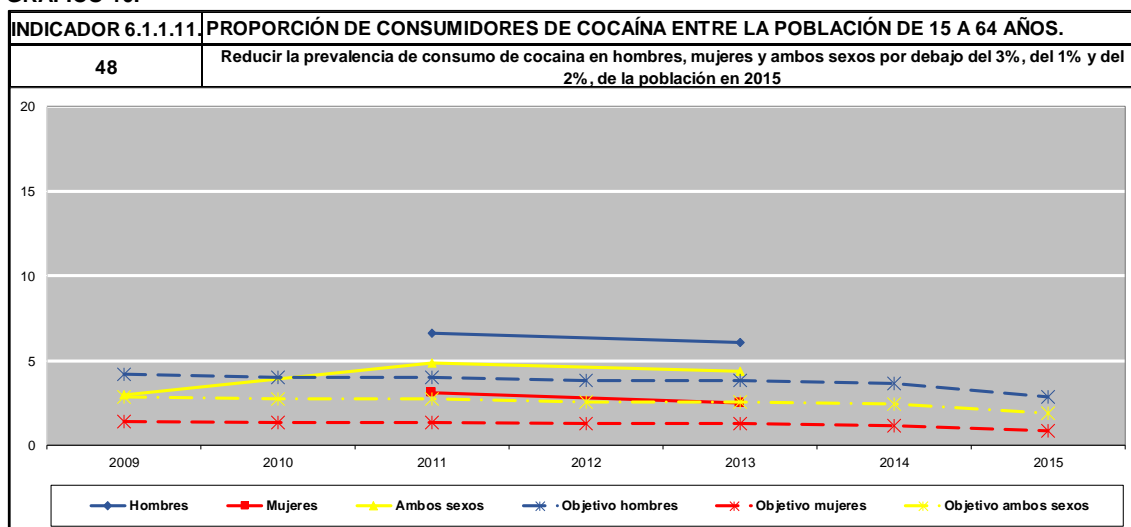


GRÁFICO 10.



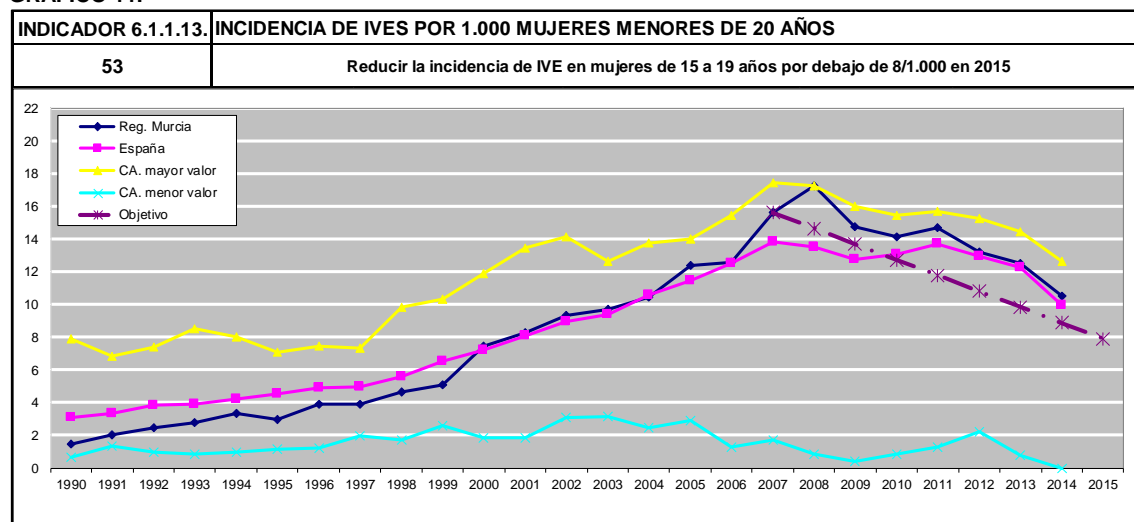
Se han considerado bien desarrolladas las actuaciones preventivas contempladas en el Plan Regional sobre Drogas, dirigidas a la población general, escolar o a colectivos especialmente vulnerables. Sin embargo no se ha terminado de desarrollar un panel de indicadores específicos que permita su adecuada evaluación. El PS2015 por su parte incluye algunos indicadores de seguimiento cuantitativos relacionados con este tema (intoxicaciones por drogas atendidas, recién nacidos con síndrome de abstinencia, indicadores 6.1.2.4 del anexo) que registran un grado de alcance parcial. A la vista de la evolución de los objetivos y de las actividades e indicadores de seguimiento es posible

mejorar la situación del consumo de drogas ilegales en la Región de Murcia, incidiendo especialmente en el consumo en hombres.

Los objetivos e intervenciones sobre la **educación afectiva y sexual** han mejorado ligeramente, quedando margen de mejora de nuevo en la población más joven: tanto la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres menores de 20 años (gráfico 11) como el porcentaje de madres menores de 20 años mantienen una tendencia descendente a lo largo del periodo 2010-2015, pero se consideran parcialmente conseguidos por no alcanzar los estándares (tabla 3). Se considera alcanzado el indicador de seguimiento de nacimientos de madres menores de 18 años, y parcialmente alcanzado el de madres menores de 16 años (indicadores 6.1.2.6 del anexo).

Se notifica un avance parcial en la educación afectivo-sexual contemplada en el Plan de Educación para la Salud en la Escuela, pero no se ha dispuesto de información actualizada para su seguimiento a lo largo de los años. No se dispone tampoco de información actualizada sobre el uso de preservativo masculino en jóvenes de la región, sin embargo según la última información disponible (año 2011) lo situaba por debajo del nivel deseado (78,7% de uso). Sí que se consideran realizadas las actuaciones para mejorar el acceso a los métodos anticonceptivos y de sensibilización para la prevención de infecciones de transmisión sexual en poblaciones de riesgo.

GRÁFICO 11.



IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo



El 40% (2) de las estrategias de intervención para mejorar el **bienestar psicológico** de la población se consideran incumplidas (indicadores 6.1.2.5 del anexo): una hace referencia a sensibilizar en diferentes ámbitos (sanitario, educativo y familiar) sobre los factores de riesgo de problemas de salud mental en la infancia y la adolescencia y otra a los horarios de vida saludables que influyen sobre el bienestar psíquico. No se dispone tampoco de información para valorar las actividades de promoción de la salud mental en el marco del Plan de Educación para la Salud en la Escuela. Se han realizado iniciativas para mejorar el bienestar psicológico familiar en las primeras etapas (embarazo, parto y lactancia), considerándose alcanzadas las metas propuestas.

El 81% (9) de las actuaciones para **implicar a la ciudadanía con su salud** se consideran conseguidas (45,5% alcanzan los estándares), siendo los principales logros el desarrollo de un Programa de Embarazo Saludable (con un grado de implantación elevado en la región), la formación de grupos de educación de pacientes con patologías crónicas y la promoción del acceso al Registro de Instrucciones Previas. Se considera parcialmente conseguida la implantación de Plan de Educación para la Salud en la Escuela en su conjunto y el uso de la página web de murciasalud como fuente de consulta de problemas de salud y sensibilización de la ciudadanía. No se han notificado actuaciones relacionadas con la línea de promoción del ocio sano (indicadores 6.1.2.7 del anexo).



## Conclusiones:

A nivel individual, los ciudadanos de la región pueden mejorar sus estilos de vida, según los resultados de las medidas contempladas en el PS2015. Esta área ocupa la tercera posición en nivel de incumplimiento (21,3%).

**Cabe seguir reduciendo las prevalencias de obesidad y sobrepeso en la población adulta** (que no terminan de alcanzar las metas propuestas), **y probablemente en la infantil** (aunque lo se dispone de información actualizada). De las medidas contempladas en el plan sobre estilos de vida, las de menor grado de ejecución son las que propician el desarrollo de entornos y condiciones que favorezcan una vida menos sedentaria y una alimentación más sana (mejora de infraestructuras para la movilidad saludable, desarrollo de espacios verdes e instalaciones deportivas, acuerdos con los sectores de la industria alimentaria y hostelería, etc.). No se ha elaborado tampoco un protocolo de atención para la obesidad infantil en este periodo.

Se registra una **mejora parcial en las actuaciones preventivas y algunas asistenciales relacionadas con el hábito tabáquico**, pero se debe **continuar incidiendo en las mismas**, en especial en **mujeres**, dada la evolución de su prevalencia de consumo y de la incidencia de determinados tipos de cáncer relacionados (pulmón sobre todo). El desarrollo de un Programa Regional sobre Tabaquismo que las integre y la subvención de los tratamientos para el abandono han sido líneas pendientes.

Por último, la población más joven merece una especial mención, ya que determinará los hábitos de vida de la futura sociedad murciana, y precisamente en esta etapa de la vida se comprueba en ellos una mayor predisposición al cambio de creencias, actitudes y conductas. **Varios objetivos, actividades e indicadores sobre los estilos de vida de los jóvenes murcianos no llegan a alcanzar los estándares** (dieta, tabaquismo, educación afectivo-sexual, promoción de la salud mental...), o bien o se alejan de ellos (consumo de alcohol en los estudiantes de secundaria). Una actualización y mayor implantación de las actividades relacionadas del Plan de Educación para la Salud en la Escuela, junto con la intensificación y mejora de aspectos dietéticos en centros escolares (ya contemplados en planes de salud previos) y la promoción de actividades de ocio sano podrían ser tres aspectos clave con potenciales repercusiones de amplio espectro, sin menoscabo del desarrollo de otros proyectos y programas innovadores de menor nivel de alcance y durabilidad.



### 3. ANEXO. RESULTADOS DETALLADOS. “ESTILOS DE VIDA”.

Tipo de actuación	Código	Descripción	Último año disponible	Nº de años disponibles	Resultado último año disponible	Valoración último año disponible	Mediana años disponibles
O	6.1.1.1	Reducir la prevalencia de obesidad en varones de 2 a 17 años por debajo del 10% en 2015.	2011	1	9,5	No evaluable	9,5
O	6.1.1.1	Reducir la prevalencia de obesidad en mujeres de 2 a 17 años por debajo del 5% en 2015.	2011	1	16,8	No evaluable	16,8
O	6.1.1.1	Reducir la prevalencia de obesidad en población de ambos sexos de 2 a 17 años por debajo del 7% en 2015.	2011	1	12,6	No evaluable	12,6
O	6.1.1.2.	Reducir la prevalencia de sobrepeso en varones de 2 a 17 años por debajo del 15% en 2015.	2011	1	19,2	No evaluable	19,2
O	6.1.1.2.	Reducir la prevalencia de sobrepeso en mujeres de 2 a 17 años por debajo del 15% en 2015.	2011	1	9,8	No evaluable	9,8
O	6.1.1.2.	Reducir la prevalencia de sobrepeso en población de ambos sexos de 2 a 17 años por debajo del 15% en 2015.	2011	1	15,1	No evaluable	15,1
O	6.1.1.3.	Reducir la prevalencia de obesidad en hombres de 18 y más años por debajo del 15% en 2015.	2014	2	18,9	Parcialmente alcanzado	19,4
O	6.1.1.3.	Reducir la prevalencia de obesidad en mujeres de 18 y más años por debajo del 15% en 2015.	2014	2	15,7	Parcialmente alcanzado	18,2
O	6.1.1.3.	Reducir la prevalencia de obesidad en población de ambos sexos de 18 y más años por debajo del 15% en 2015.	2014	2	17,3	Parcialmente alcanzado	18,8



Tipo de actuación	Código	Descripción	Último año disponible	Nº de años disponible	Resultado último año disponible	Valoración último año disponible	Mediana años disponible
O	6.1.1.4.	Reducir la prevalencia del sobrepeso en hombres de 18 y más años por debajo del 40% en 2015.	2014	2	44,6	Parcialmente alcanzado	44,9
O	6.1.1.4.	Reducir la prevalencia del sobrepeso en mujeres de 18 y más años por debajo del 25% en 2015.	2014	2	31,1	Parcialmente alcanzado	29,9
O	6.1.1.4.	Reducir la prevalencia del sobrepeso en población de ambos sexos de 18 y más años por debajo del 35% en 2015.	2014	2	37,9	Parcialmente alcanzado	37,3
O	6.1.1.5.	Reducir la prevalencia del sedentarismo por debajo del 40% de los hombres de más de 15 años en 2015.	2014	2	38,6	Alcanzado	42,1
O	6.1.1.5.	Reducir la prevalencia del sedentarismo por debajo del 45% de las mujeres de más de 15 años en 2015.	2014	2	50,3	Parcialmente alcanzado	56,2
O	6.1.1.5.	Reducir la prevalencia del sedentarismo por debajo del 45% de la población de más de 15 años en 2015.	2014	2	44,5	Alcanzado	49,1
O	6.1.1.5.	Reducir el porcentaje de escolares que destinan más de tres horas al día entre semana a ver la televisión por debajo del 25%.	2011	1	21,1	No evaluable	21,1
O	6.1.1.6.	Reducir la prevalencia de consumo de tabaco por debajo del 30% de los hombres de más de 15 años en 2015.	2014	2	27,7	Alcanzado	29,0
O	6.1.1.6.	Reducir la prevalencia de consumo de tabaco por debajo del 20% de las mujeres de más de 15 años en 2015.	2014	2	23,5	Parcialmente alcanzado	21,5
O	6.1.1.6.	Reducir la prevalencia de consumo de tabaco por debajo del 25% de la población de ambos sexos de más de 15 años en 2015.	2014	2	25,6	Parcialmente alcanzado	25,3



Tipo de actuación	Código	Descripción	Último año disponible	Nº de años disponible	Resultado último año disponible	Valoración último año disponible	Mediana años disponible
O	6.1.1.7.	Incrementar la tasa de abandono del consumo de tabaco en hombres al 30% en 2015.	2014	2	29,2	Parcialmente alcanzado	20,3
O	6.1.1.7.	Incrementar la tasa de abandono del consumo de tabaco en mujeres al 30% en 2015.	2014	2	14,0	No alcanzado	9,5
O	6.1.1.7.	Incrementar la tasa de abandono del consumo de tabaco al 30% en 2015.	2014	2	21,6	Parcialmente alcanzado	14,9
O	6.1.1.8.	Retrasar la edad media de inicio en el consumo de tabaco por encima de los 14 años en 2015.	2014	3	13,8	Parcialmente alcanzado	13,9
O	6.1.1.9.	Reducir el 20% la tasa de personas de 0 a 15 años expuestas al humo del tabaco en 2015.	2011	1	11,2	No evaluable	11,2
O	6.1.1.9.	Reducir el 20% las tasas de personas de 16 y más años expuestas al humo del tabaco en 2015.	2011	1	12,8	No evaluable	12,8
O	6.1.1.10.	Reducir la prevalencia de bebedores de riesgo de alcohol en hombres por debajo del 4% de la población en 2015.	2014	2	1,9	Alcanzado	1,0
O	6.1.1.10.	Reducir la prevalencia de bebedores de riesgo de alcohol en mujeres por debajo del 2% de la población en 2015.	2014	2	1,4	Alcanzado	1,4
O	6.1.1.10.	Reducir la prevalencia de bebedores de riesgo de alcohol por debajo del 3% de la población de ambos sexos en 2015.	2014	2	1,7	Alcanzado	1,1
O	6.1.1.11.	Reducir la prevalencia de consumo de cannabis en hombres por debajo del 10% de la población en 2015.	2013	2	16,2	No alcanzado	17,6





Tipo de actuación	Código	Descripción	Último año disponible	Nº de años disponible	Resultado último año disponible	Valoración último año disponible	Mediana años disponible
O	6.1.1.11.	Mantener la prevalencia de consumo de cannabis en mujeres por debajo del 10% de la población en 2015.	2013	2	6,9	Alcanzado	7,1
O	6.1.1.11.	Reducir la prevalencia de consumo de cannabis por debajo del 10% de la población de ambos sexos en 2015.	2013	2	11,7	Parcialmente alcanzado	12,5
O	6.1.1.11.	Reducir la prevalencia de consumo de éxtasis en hombres por debajo del 2% de la población en 2015.	2013	2	0,8	Alcanzado	1,5
O	6.1.1.11.	Mantener la prevalencia de consumo de éxtasis en mujeres por debajo del 0,5% de la población en 2015.	2013	2	0,0	Alcanzado	0,1
O	6.1.1.11.	Reducir la prevalencia de consumo de éxtasis por debajo del 1% de la población de ambos sexos en 2015.	2013	2	0,4	Alcanzado	0,8
O	6.1.1.11.	Reducir la prevalencia de consumo de cocaína en hombres por debajo del 3% de la población en 2015.	2013	2	6,1	No alcanzado	6,4
O	6.1.1.11.	Mantener la prevalencia de consumo de cocaína en mujeres por debajo del 1% de la población en 2015.	2013	2	2,5	No alcanzado	2,8
O	6.1.1.11.	Reducir la prevalencia de consumo de cocaína por debajo del 2% de la población de ambos sexos en 2015.	2013	2	4,4	No alcanzado	4,7
O	6.1.1.12.	Retrasar la media de edad de inicio en el consumo de alcohol situándola por encima de los 14 años en 2015.	2014	3	13,7	Parcialmente alcanzado	13,8
O	6.1.1.12.	Reducir el porcentaje de estudiantes de enseñanza secundaria que han consumido alcohol en los últimos 30 días situándolo por debajo del 50% en 2015.	2014	3	69,8	No alcanzado	69,8



Tipo de actuación	Código	Descripción	Último año disponible	Nº de años disponibles	Resultado último año disponible	Valoración último año disponible	Mediana años disponibles
O	6.1.1.13.	Reducir la incidencia de IVE en mujeres de 15 a 19 años por debajo de 8/1.000 en 2015	2014	5	10,5	Parcialmente alcanzado	13,2
O	6.1.1.13.	Reducir el porcentaje de madres menores de 20 años por debajo del 3% en 2015.	2014	5	3,2	Parcialmente alcanzado	3,2
O	6.1.1.13.	Incrementar la frecuencia de utilización del preservativo masculino por encima del 90% en 2015.	2011	1	78,7	No evaluable	78,7
AP	6.1.2.1.	Desarrollar iniciativas de comunicación y publicidad sobre alimentación sana al conjunto de la población, considerando la diversidad de culturas existente.	2015	–	3	Parcialmente alcanzado	–
AP	6.1.2.1.	Promover actuaciones encaminadas a mejorar los hábitos alimentarios en la población escolar dentro del marco del Plan de Educación para la Salud en la Escuela.	2015	–	3	Parcialmente alcanzado	–
AP	6.1.2.1.	Consolidar la regulación alimentaria en los centros escolares.	2015	–	4	Alcanzado	–
AP	6.1.2.1.	Desarrollar acuerdos con la industria alimentaria para promover una dieta equilibrada en el conjunto de la población.	2015	–	0	No alcanzado	–
AP	6.1.2.1.	Desarrollar acuerdos con las empresas de hostelería y turismo para promover una dieta equilibrada.	2015	–	2	No alcanzado	–
AP	6.1.2.1.	Promover y controlar la elaboración de dietas equilibradas en los centros de servicios sociales.	2015	–	3	Parcialmente alcanzado	–
AP	6.1.2.1.	Desarrollar e implantar un protocolo de actuación contra la obesidad infantil en atención primaria.	2015	–	2	No alcanzado	–
IS	6.1.2.1.	% de comedores escolares con dieta equilibrada.	2014	5	98,3	Parcialmente alcanzado	60,6
IS	6.1.2.1.	% de comedores de centros sociales con dieta equilibrada.	2014	4	50,0	No alcanzado	32,5



Tipo de actuación	Código	Descripción	Último año disponible	Nº de años disponible	Resultado último año disponible	Valoración último año disponible	Mediana años disponible
IS	6.1.2.1.	% de niños con obesidad con protocolo de actuación implantado (Fuente OMI).	2015	5	1,5	No alcanzado	0
AP	6.1.2.2.	Desarrollar iniciativas de comunicación social para promover el ejercicio físico en el conjunto de la población.	2015	–	0	No alcanzado	–
AP	6.1.2.2.	Promover el desarrollo de infraestructuras para facilitar el ejercicio físico por parte de los Ayuntamientos: instalaciones deportivas, parques, carril bici, adecuación de senderos...	2015	–	0	No alcanzado	–
AP	6.1.2.2.	Promover la utilización del transporte público en el conjunto de la población.	2015	–	0	No alcanzado	–
AP	6.1.2.2.	Extender las iniciativas desarrolladas en colaboración entre Centros de Salud y Ayuntamientos para promover el ejercicio físico por parte de las personas.	2015	–	4	Alcanzado	–
IS	6.1.2.2.	Disponibilidad de instalaciones deportivas por 10.000 habitantes.	2015	3	15,1	No alcanzado	37,0
IS	6.1.2.2.	Kilómetros de vías verdes y senderos acondicionados en la región.	2011	1	114,0	No evaluable	114,0
IS	6.1.2.2.	Kilómetros de carril bici en la región.	2015	2	233,1	Parcialmente alcanzado	253,6
IS	6.1.2.2.	% de parques acondicionados para realizar ejercicios.	2015	1	42,0	Parcialmente alcanzado	42,0
AP	6.1.2.3.	Elaboración del Programa Regional sobre Tabaquismo.	2015	–	2	No alcanzado	–
AP	6.1.2.3.	Promover actuaciones encaminadas a la prevención del tabaquismo dentro del marco del Plan de Educación para la Salud en la Escuela.	2015	–	3	Parcialmente alcanzado	–
AP	6.1.2.3.	Sensibilización en la población sobre el perjuicio del humo del tabaco.	2015	–	3	Parcialmente alcanzado	–



Tipo de actuación	Código	Descripción	Último año disponible	Nº de años disponible	Resultado último año disponible	Valoración último año disponible	Mediana años disponible
AP	6.1.2.3.	Fomentar la realización de actividades preventivas sobre tabaquismo en las Gerencias del SMS: Fomentar la aplicación del protocolo elaborado para dejar de fumar en todos los centros de atención primaria.	2015	-	4	Alcanzado	-
AP	6.1.2.3.	Fomentar la realización de actividades preventivas sobre tabaquismo en las Gerencias del SMS: Formación a profesionales sanitarios sobre intervención mínima y avanzada en tabaquismo.	2015	-	4	Alcanzado	-
AP	6.1.2.3.	Fomentar la realización de actividades preventivas sobre tabaquismo en las Gerencias del SMS: Refuerzo de las actividades preventivas sobre tabaquismo en grupos de riesgo, especialmente mujeres embarazadas y niños.	2015	-	4	Alcanzado	-
AP	6.1.2.3.	Fomentar la realización de actividades preventivas sobre tabaquismo en las Gerencias del SMS: Evaluación anual de los resultados relacionados con las actividades contra el tabaquismo.	2015	-	4	Alcanzado	-
AP	6.1.2.3.	Facilitar el abandono del consumo de tabaco desarrollando programas asistenciales específicos y subvencionando el tratamiento prescrito.	2015	-	0	No alcanzado	-
AP	6.1.2.3.	Reforzar las medidas de vigilancia y control del cumplimiento de la legislación vigente relacionada con tabaco, drogas y alcohol.	2015	-	3	Parcialmente alcanzado	-
AP	6.1.2.3.	Potenciar la incorporación de los centros sanitarios de la región en la "Red de hospitales libres de tabaco de la Región de Murcia" y "Red de centros sanitarios libres de tabaco de la Región de Murcia".	2015	-	3	Parcialmente alcanzado	-
IS	6.1.2.3.	Elaboración del Programa Regional de Tabaquismo.	2015	4	No realizado	No alcanzado	0
IS	6.1.2.3.	% de hospitales adheridos a la Red de hospitales libres de tabaco de la Región de Murcia.	2015	6	81,8	Parcialmente alcanzado	76,4
IS	6.1.2.3.	% de centros de salud adheridos a la Red Regional de Centros de Sanitarios libre de tabaco.	2015	6	23,3	No alcanzado	0
IS	6.1.2.3.	% de personas mayores de 14 años en cuya historia clínica consta Anamnesis y consejo sobre el consumo de tabaco en los últimos dos años.	2014	5	42,2	No alcanzado	18,4



Tipo de actuación	Código	Descripción	Último año disponible	Nº de años disponible	Resultado último año disponible	Valoración último año disponible	Mediana años disponible
IS	6.1.2.3.	% de centros docentes no universitarios que cumplen la normativa vigente sobre tabaquismo.*	2013	4	100*	Parcialmente alcanzado	100*
IS	6.1.2.3.	% de centros universitarios que cumplen la normativa vigente sobre tabaquismo.**	2013	4	100**	Parcialmente alcanzado	100**
AP	6.1.2.4.	Desarrollo del Plan Regional sobre Drogas con especial dedicación a la prevención de su consumo en los ámbitos: comunitario, escolar, familiar, sanitario, laboral y penitenciario.	2015	–	4	Alcanzado	–
AP	6.1.2.4.	Promover actuaciones encaminadas a la prevenir el consumo de alcohol en la población escolar dentro del marco del Plan de Educación para la Salud en la Escuela.	2015	–	3	Parcialmente alcanzado	–
AP	6.1.2.4.	Promover las actuaciones desde atención primaria para reducir el consumo del alcohol: Detección precoz del consumo de alcohol y otras drogas en los niños y adolescentes dentro del Plan de Atención al Niño y Adolescente y Desarrollo e implantación de un protocolo para evitar el consumo excesivo de alcohol.	2015	–	4	Alcanzado	–
AP	6.1.2.4.	Sensibilización en la población sobre los riesgos del consumo de alcohol y otras drogas dirigido a poblaciones vulnerables.	2015	–	4	Alcanzado	–
IS	6.1.2.4.	Desarrollo del panel de indicadores para la evaluación del Plan Regional sobre Drogas.	2015	5	si	Parcialmente alcanzado	–
IS	6.1.2.4.	Nº de avisos al 061 por intoxicaciones etílicas.	2015	6	2.066	Alcanzado	2.046
IS	6.1.2.4.	% de incremento de los controles de tráfico de drogas y de alcohol.	Sin datos	Sin datos	ND	No evaluable	ND
IS	6.1.2.4.	Nº de recién nacidos con síndrome de abstinencia de drogas.	2014	5	12	Parcialmente alcanzado	12
IS	6.1.2.4.	Nº de asistencias por intoxicación de drogas en hospitales.	2014	5	1.088	Parcialmente alcanzado	1.022
IS	6.1.2.4.	% de personas mayores de 14 años en cuya HC consta el consumo excesivo de alcohol.	2015	6	1,0	Parcialmente alcanzado	0,9

\*67% de los centros no universitarios están adscritos al Plan EpS Escuela en 2015, sólo el 16% responden a la encuesta de evaluación del Plan EpS en la Escuela. Muestra no representativa. \*\*No se recibe respuesta de los centros universitarios en los últimos años.



Tipo de actuación	Código	Descripción	Último año disponible	Nº de años disponible	Resultado último año disponible	Valoración último año disponible	Mediana años disponible
AP	6.1.2.5.	Informar y formar a los sanitarios, educadores y padres y madres sobre factores de riesgo y de protección de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia.	2015	-	2	No alcanzado	-
AP	6.1.2.5.	Promover actuaciones encaminadas a mejorar la salud mental de la población escolar dentro del marco del Plan de Educación para la Salud en la Escuela.	Sin datos	Sin datos	ND	No evaluable	ND
AP	6.1.2.5.	Programación de actividades formativas en el seguimiento del embarazo y lactancia, y durante la preparación al parto sobre: primeros vínculos afectivos/estimulación cognitiva temprana/Comunicación y relación padres-hijos.	2015	-	4	Alcanzado	-
AP	6.1.2.5.	Sensibilización a la población sobre la importancia de mantener horarios de vida (laborales, escolares y de ocio) y tiempos de descanso (sueño) adecuados.	2015	-	0	No alcanzado	-
IS	6.1.2.5.	Nº de centros escolares que incorporan actividades de salud mental en el marco del Plan de Educación para la Salud en la Escuela.	2011	1	40,1	No evaluable	40,1
AP	6.1.2.6.	Reforzar la educación afectivo-sexual dentro del Plan de Educación para la Salud en la Escuela (EpS), en todos los centros docentes no universitarios de la región.	2015	-	3	Parcialmente alcanzado	-
AP	6.1.2.6.	Sensibilización de la población sobre el riesgo de las enfermedades de transmisión sexual, especialmente en población riesgo como puede ser la población inmigrante.	2015	-	4	Alcanzado	-
AP	6.1.2.6.	Mejora del acceso a métodos anticonceptivos.	2015	-	4	Alcanzado	-
IS	6.1.2.6.	Nº de centros escolares que incorporen actividades de educación afectivo-sexual en el marco del plan de EPS en la escuela.	2011	1	18,9	No evaluable	18,9
IS	6.1.2.6.	% nacimientos de madres de edades inferiores a 18	2014	5	1,1	Alcanzado	1,1
IS	6.1.2.6.	% nacimientos de madres de edades inferiores a 16	2014	5	0,2	Parcialmente alcanzado	0,18
AP	6.1.2.7.	Potenciar la implantación y desarrollo del Plan de Educación para la Salud en la Escuela en todos los centros docentes no universitarios.	2015	-	3	Parcialmente alcanzado	-
AP	6.1.2.7.	Potenciar el uso de Murcia Salud como instrumento de sensibilización y consulta de problemas de salud para el conjunto de la población.	2015	-	3	Parcialmente alcanzado	-



Tipo de actuación	Código	Descripción	Último año disponible	Nº de años disponible	Resultado último año disponible	Valoración último año disponible	Mediana años disponible
AP	6.1.2.7.	Desarrollo de actuaciones de formación/sensibilización al conjunto de la población, para la resolución de pequeños problemas de salud que incorporen pautas para la utilización de los servicios sanitarios.	Sin datos	Sin datos	ND	No evaluable	ND
AP	6.1.2.7.	Desarrollo de un Programa de Embarazo saludable, que incorpore la educación y formación continuada sobre prácticas saludables durante el embarazo, preparación al parto y promoción de la lactancia materna.	2015	–	4	Alcanzado	–
AP	6.1.2.7.	Desarrollo de actividades de educación a grupos específicos, especialmente a personas afectas de enfermedades crónicas.	2015	–	4	Alcanzado	–
AP	6.1.2.7.	Promoción del acceso al Registro de Instrucciones Previas (IP) por parte de las personas.	2015	–	4	Alcanzado	–
AP	6.1.2.7.	Promoción de ocio sano entre la población.	2015	–	0	No alcanzado	–
IS	6.1.2.7.	Frecuentación anual en medicina de familia.	2015	6	5,6	Parcialmente alcanzado	6,0
IS	6.1.2.7.	Frecuentación anual en pediatría primaria.	2015	6	4,7	Alcanzado	4,8
IS	6.1.2.7.	Frecuentación anual de urgencias hospitalarias.	2015	6	547,0	Parcialmente alcanzado	505,5
IS	6.1.2.7.	% de mujeres con aplicación de protocolo de embarazo saludable.	2015	6	115,0	Alcanzado	123,5