



Plan de Salud 2003-2007

Presentación - Presidente de la Región de Murcia.....	4
Presentación - Consejero de Sanidad y Consumo	5
Introducción.....	7
I. Marco Normativo.....	9
II. Metodología	12
III. Análisis comparativo de otros Planes de Salud nacionales e internacionales.....	16
Políticas emanadas de Organismos supranacionales	16
Tendencias detectadas en los Planes de Salud de algunos países de la OCDE	19
Planes de Salud actualmente en vigor en España.....	23
Conclusiones y factores críticos de éxito	24
IV. Estructura del Plan	26
Marco de trabajo	26
Componentes del Plan.....	27
Priorización de las áreas de intervención.....	29
Estructura del III Plan de Salud de la Región de Murcia.....	33
V. Alineamiento estratégico	34
Plan Estratégico de Desarrollo de la Región de Murcia.....	34
Plan Regional de Solidaridad en la Educación	35
Plan Regional de Inclusión Social	36
Plan para la Integración Social de los Inmigrantes de la Región de Murcia	37
VI. Plan de Salud	39
Guía de Uso	39
Área de Estilos de Vida.....	42
Área de Cáncer	52
Área de Enfermedades Cardiovasculares.....	58
Área de Enfermedades Transmisibles.....	63
Área de Salud Mental.....	70
Área de Diabetes.....	75
Área de Accidentalidad	79
Área del niño-joven	85
Área de la Mujer	92
Área de Nuevas Formas de Exclusión Social	97

Área de Personas Mayores	103
Área de Fortalecimiento y Modernización del Sistema	108
VII. Gestión del Plan	131
Composición y Funciones de la Oficina de Seguimiento del Plan de Salud	131
Informes que realizará la Oficina de Seguimiento del Plan de Salud	132
Cronograma del Plan de Salud	132
VIII. Evaluación económica	133
Cronograma y Evaluación Económica de las líneas de actuación propuestas	134
IX. Agradecimientos	146
X. Bibliografía	147

Presentación - Presidente de la Región de Murcia

El III Plan de Salud de la Región de Murcia es un documento especialmente importante para nuestra Región. En primer lugar, porque es el instrumento estratégico para la planificación sanitaria y en él se recogen los objetivos y las líneas de actuación priorizadas en el ámbito de la salud para los próximos cinco años. En segundo lugar, porque cobra una particular relevancia al elaborarse en un momento en que nuestra Comunidad Autónoma se enfrenta a un nuevo escenario transferencial, con competencias plenas en el ámbito de la sanidad.

La influencia que tienen sobre la salud los estilos de vida, la educación, la renta, la biología, el medio ambiente, el sistema sanitario y otros determinantes, hace que el establecimiento de políticas de salud resulte extraordinariamente complejo y que requiera del compromiso de numerosos agentes. El III Plan de Salud de la Región de Murcia se concibe, por tanto, como un instrumento facilitador de una **Alianza para la Salud** en la Región de Murcia, integrando a los diferentes agentes involucrados en la salud, entre los cuales obviamente el sistema sanitario tiene un papel de gran relevancia.

Todas las instituciones y especialmente las sanitarias, deberán tener en cuenta las estrategias del III Plan de Salud de la Región de Murcia, las cuales están centradas en el ciudadano/paciente como eje del sistema sanitario y centro de las actuaciones.

El Gobierno de la Región de Murcia que presido, viene apostando de forma decidida por garantizar y consolidar la sanidad pública en la Región. Así, en el último cuatrienio, Murcia ha pasado de estar casi cinco puntos por debajo de la media, a equipararse a la media del INSALUD, siendo la primera Comunidad Autónoma que más ha incrementado el gasto sanitario por habitante. Ello se ha traducido, entre otros elementos, en la implantación del nuevo modelo de atención primaria en las zonas básicas de salud, en la reforma y ampliación de los hospitales de la red, así como en nuevas infraestructuras sanitarias y en el incremento y adecuación de los recursos humanos a las necesidades.

Estos esfuerzos inversores verán su continuación en el nuevo periodo que se inicia con el III Plan de Salud. En un compromiso por mejorar y adecuar las infraestructuras del sistema sanitario público de la Región de Murcia, la Consejería de Sanidad y Consumo realizará, durante el periodo 2002-2007, un esfuerzo inversor muy relevante para la ampliación y reforma de los centros existentes y la construcción de nuevos centros, lo que supondrá al menos una duplicación de la inversión realizada en el periodo anterior (1995-2001).

Quiero señalar finalmente que este Plan de Salud es el resultado del excelente trabajo conjunto de los representantes de los ciudadanos y asociaciones y profesionales sanitarios, pero también la expresión de un compromiso de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en su conjunto, por mejorar la salud de todos y cada uno de los ciudadanos de la Región.

Ramón Luis Valcárcel

Presidente de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Presentación - Consejero de Sanidad y Consumo

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia recibió, el pasado 1 de enero de 2002, las competencias en asistencia sanitaria que hasta ese momento venían siendo desempeñadas por el INSALUD. Estas transferencias suponen una oportunidad excepcional para nuestra Comunidad Autónoma, que a partir de ahora podrá planificar, presupuestar y gestionar todas las actuaciones sanitarias.

La sanidad pública murciana se enfrenta en este momento a una serie de retos que es preciso tener en cuenta a la hora de diseñar y organizar nuestro servicio de salud.

En primer lugar, las peculiaridades de la evolución demográfica de nuestra población, con un aumento en el número de personas mayores, junto a uno de los índices de natalidad más elevados de España y un incremento del saldo migratorio por la importancia decisiva de la inmigración en la Región.

En segundo lugar, la evolución en la estructura de morbilidad, que se traduce, entre otros aspectos, en un incremento de las enfermedades emergentes y de aquellas asociadas a una mayor longevidad. Esto implica un incremento de la demanda de cuidados sanitarios y también una necesaria reorientación de estos.

En tercer lugar, la evolución tecnológica constituye otro reto externo. Los progresos de la medicina permiten, hoy en día, tratar un mayor número de enfermedades y suponen un incremento de la esperanza de vida. Sin embargo, se produce un aumento de la necesidad y de la demanda de los cuidados sanitarios.

Finalmente, la evolución de la sociedad constituye otro tipo de reto ya que los niveles de vida han mejorado y las expectativas de la población son cada vez mayores.

El III Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007 pretende dar respuesta a todos estos retos, permitiendo el desarrollo de un servicio de salud centrado en el ciudadano, orientado hacia las necesidades de salud y su mejora, con especial atención a determinados colectivos con necesidades específicas como niño-joven, mujer, nuevas formas de exclusión social y personas mayores, que incorpore la opinión de ciudadanos, profesionales y otros agentes sociales, con capacidad para promover la calidad y la efectividad clínica, contemplando el impacto de las nuevas tecnologías de información y comunicación, garantizando la coordinación entre las funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y asistencia sanitaria, eficiente y con control económico real.

Para conseguir un servicio de salud de estas características, nuestro modelo organizativo apuesta por una serie de medidas en el ámbito de la autonomía de gestión, en el ámbito de la participación de la iniciativa privada en el Servicio Sanitario Regional, en el ámbito de la participación social y en el ámbito profesional.

En lo que se refiere a la autonomía de gestión, se incluyen medidas como la descentralización de la gestión hacia las instituciones proveedoras de servicios, la integración entre los distintos niveles de atención, la instrumentalización de mecanismos que garanticen la calidad de la asistencia sanitaria, el avance hacia nuevas formas de gestión sanitaria, el desarrollo de una red de asistencia sociosanitaria y la incorporación de las tecnologías de la información y comunicación al Servicio de Salud Regional.

En el ámbito de la participación de la iniciativa privada en el Servicio Sanitario Regional, el objetivo es ser capaces de sumar al sistema público todos los recursos sanitarios de nuestra Región, independientemente de su titularidad, aumentando la capacidad asistencial de nuestro Servicio de Salud.

Se pretende fomentar, asimismo, la participación ciudadana en las instituciones asistenciales del Servicio Sanitario Regional, así como el asociacionismo y el voluntariado, impulsando las comisiones de participación ciudadana y mejorando los procedimientos de información y reclamación.

La participación de los profesionales es, finalmente, un elemento indispensable para conseguir alcanzar los objetivos propuestos. Su motivación y compromiso con la gestión son, sin lugar a dudas, retos en los que debemos continuar profundizando

De este modo y como elemento novedoso del Plan, hemos incorporado un área específica dirigida al fortalecimiento y modernización del sistema sanitario, ya que entendemos que los objetivos del este Plan de Salud no pueden lograrse sin una profunda renovación y modernización del sistema sanitario murciano, la

cual va a girar en torno a cinco grandes líneas de actuación: orientación hacia ciudadanos/pacientes, orientación hacia los profesionales, excelencia en la calidad del servicio, garantía para la sostenibilidad y articulación de las relaciones con el entorno.

No obstante, en la elaboración del III Plan de Salud de la Región de Murcia también se ha tenido en cuenta que ha de ser un Plan realista, limitado en cuanto a número de objetivos y que permita asignar prioridades reales. En este sentido, las prioridades del Plan de Salud no cubren todas las actividades de la Administración en el ámbito sanitario.

Por otro lado, en el marco de este III Plan de Salud, la Región de Murcia se incorpora a la nueva tendencia de poner en marcha Planes específicos en relación con los grandes problemas de salud. De esta forma, durante el periodo de vigencia del Plan de Salud se llevarán a cabo los siguientes planes específicos: Plan Regional de Educación para la Salud en la Escuela, Plan Integral contra el Cáncer, Plan de Atención al Proceso Cardiovascular, Plan para la Atención Integral de los Enfermos de SIDA, Plan de Salud Mental y Drogodependencias, Plan de Atención al Diabético, Plan Bucodental y Programa de Atención a la Mujer.

Asimismo, el Plan se concibe como un ejercicio de planificación continua y en consecuencia, revisable en la medida que las variables que inciden en la salud son cambiantes. Para ello se propone la creación de una Oficina de Seguimiento del Plan, responsable del seguimiento del mismo, del impulso y puesta en marcha de las acciones oportunas, de la comunicación de resultados y del establecimiento de los mecanismos de actualización necesarios.

Los objetivos de este III Plan de Salud de la Región de Murcia no se cumplirán sólo por las iniciativas de la Consejería de Sanidad y Consumo, sino que hace falta el compromiso permanente del conjunto del Gobierno de la Región de Murcia. Y no sólo del Gobierno, sino del conjunto de la sociedad. No en vano la salud es un bien sobre el que el Gobierno tiene mucho por decir, pero cuyos condicionantes son tan variados que hace falta el compromiso del conjunto de la sociedad.

Finalmente, queremos señalar que el Plan de Salud que presentamos a continuación es el fruto del trabajo conjunto de profesionales del Servicio Murciano de Salud y de la Consejería de Sanidad y Consumo, del Consejo de Salud de la Región de Murcia, de sociedades científicas, de ciudadanos y de todas las instituciones y agentes sociales con alguna responsabilidad en el ámbito de la salud en la Región de Murcia. A todos ellos queremos expresarles nuestra más sincera felicitación por la calidad de sus aportaciones, así como nuestro agradecimiento por su esfuerzo y dedicación.

Francisco Marqués Fernández

Consejero de Sanidad y Consumo

Introducción

Salud para todos en el siglo XXI

La política de la Organización Mundial de la Salud: **Salud para todos en el siglo XXI** nace con el ánimo de actualizar la visión de la anterior política “Salud para todos” y propone, para las dos primeras décadas del siglo XXI, prioridades globales y objetivos que creen las condiciones adecuadas para que toda la población alcance y mantenga los estándares más altos de salud a lo largo de su vida.

De este modo, los principales retos de la política Salud para todos en el siglo XXI son el incremento de la esperanza de vida y la mejora de la calidad de vida de toda la población, la mejora de la equidad entre países y dentro de ellos y el acceso para todos a sistemas y servicios de salud sostenibles.

Programa de Acción Comunitario en el ámbito de la Salud Pública 2001-2006

En mayo de 2000, la Comisión Europea presentó una Comunicación sobre la estrategia sanitaria de la Comunidad Europea, junto con una propuesta de Decisión del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se adopta un **Programa de Acción Comunitario en el ámbito de la Salud Pública 2001-2006**.

Este programa adopta un planteamiento general y orientado a las políticas de acuerdo con una visión amplia de la salud pública. El objetivo es que sirva de base y apoyo al desarrollo de las políticas comunitarias. Las líneas de actuación del Programa son: mejorar la información y los conocimientos sobre la salud, responder con rapidez a las amenazas para la salud y hacer frente a los factores determinantes de la salud.

El ciudadano es el centro del sistema sanitario de la Región de Murcia

La definición estratégica del III Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007 se ha realizado considerando las políticas emanadas de ambos organismos, Organización Mundial de la Salud y Unión Europea, y siempre sobre la base de que el ciudadano es el centro del Sistema Sanitario de la Región de Murcia.

Mejora de la accesibilidad, mejora de la calidad y mejora de la eficiencia

Teniendo en cuenta estas directrices, el Plan de Salud integra como principios inspiradores la mejora de la accesibilidad (equidad en el acceso), la mejora de la calidad (equidad en los servicios) y la mejora de la eficiencia del Sistema, permitiendo su desarrollo sostenible.

La elaboración del III Plan de Salud ha supuesto evaluar el trayecto recorrido, analizar la situación actual de salud y partiendo de la experiencia acumulada en etapas planificadoras anteriores, reorientar objetivos y medidas de actuación en materia de salud.

Un nuevo marco competencial. La Región de Murcia dispone de competencias plenas en el ámbito de la sanidad

Manteniendo una coherencia con los anteriores Planes de Salud, el tercer Plan se sitúa no obstante en un contexto más amplio, con un nuevo marco competencial en el cual la Comunidad Autónoma dispone de competencias plenas en el ámbito de la sanidad. Supone, por tanto, un nuevo reto para la Consejería de Sanidad y Consumo y para el Gobierno de la Región en su conjunto.

Marco normativo y metodología

El Plan de Salud se ha estructurado en diez capítulos: En el **primero** de ellos se presenta el contexto normativo en el que se enmarca el III Plan de Salud de la Región de Murcia. En el **segundo** se describe el proceso seguido para la elaboración del mismo, detallándose la metodología desarrollada y los instrumentos a través de los cuales se ha canalizado la participación de ciudadanos, profesionales y de otros actores con responsabilidad en el ámbito de la salud.

Análisis comparativo de otros planes de salud

En el **tercer** capítulo se recogen las principales conclusiones del análisis comparativo de otros planes de salud en el entorno nacional e internacional.

Estructura y atributos del Plan de Salud

En el **cuarto** capítulo se detalla la estructura del Plan, indicando cuáles son sus principales atributos. El III Plan de Salud de la Región de Murcia se articula en torno a los grandes problemas de salud (lo que en el Plan se han denominado “componentes verticales” de la estructura), haciendo especial referencia a la necesidad de integrar acciones dirigidas a determinados colectivos (“componentes diagonales”) y sobre la base de unas acciones específicas de fortalecimiento y modernización del Sistema Sanitario de la Región de Murcia en el nuevo contexto competencial (“componentes horizontales”).

Alineamiento estratégico con otros planes y programas regionales

En el **quinto** capítulo se pone de manifiesto el alineamiento estratégico del Plan con otros planes y programas regionales. El III Plan de Salud se concibe, por tanto, como una herramienta estratégica aglutinadora de voluntades y promotora de una “Alianza para la Salud” entre los distintos agentes involucrados.

Objetivos estratégicos y propuestas de actuación

En el **sexto** capítulo está integrado por el Plan de Salud 2003-2007 propiamente dicho, recogiendo los objetivos estratégicos y las propuestas de actuación definidas para cada uno de los componentes verticales, horizontales y diagonales identificados. Para cada uno de ellos se incluye, además, un resumen de las principales conclusiones del análisis de situación de salud de la Región de Murcia.

Evaluación económica y Oficina de Seguimiento del Plan de Salud

Los capítulos **séptimo** y **octavo** hacen referencia a la gestión y evaluación económica del Plan de Salud, respectivamente. La creación de una Oficina de Seguimiento del Plan, responsable del impulso a la implantación, el seguimiento y la evaluación del III Plan de Salud de la Región de Murcia es un elemento esencial para el éxito del mismo. Asimismo, se hace necesaria la evaluación económica del Plan de Salud, para lo cual se han identificado los recursos que han de destinarse a su financiación en los próximos cinco años.

Participantes en la elaboración del Plan de Salud

En el **noveno** capítulo se recoge la relación de personas que han colaborado en la elaboración del III Plan de Salud de la Región de Murcia. El alto grado de participación muestra el elevado interés y compromiso de nuestros profesionales, expertos, ciudadanos y otros actores para con la salud en la Región de Murcia.

Bibliografía

Finalmente, en el **décimo** capítulo se expone la relación de la bibliografía más relevante utilizada.

I. Marco Normativo

Derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud

La **Constitución Española** de 1978, en su Título I, artículo 43, consagra el derecho de todos los ciudadanos a la protección de su salud, al tiempo que establece la responsabilidad de los poderes públicos como garantía fundamental de este derecho.

La **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad**, constituye la respuesta normativa al mandato constitucional sobre protección de la salud y destaca el protagonismo de las Comunidades Autónomas en la ejecución y desarrollo de este derecho.

Las Comunidades Autónomas elaborarán un Plan de Salud

Dicha ley señala, en el artículo 54 de su Título III, la necesidad de que sea cada Comunidad Autónoma la que elabore un Plan de Salud que comprenda todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus Servicios de Salud, contribuyendo con ello, a través del Plan Integrado de Salud, a la construcción del Sistema Nacional de Salud. Asimismo, se señala que el Plan de Salud de cada Comunidad Autónoma se ha de ajustar a los criterios generales de coordinación aprobados por el Gobierno y que ha de englobar el conjunto de planes de las diferentes áreas de salud.

Procedimiento, plazos y contenidos de los Planes de Salud

El **Real Decreto 938/1989, de 21 de julio**, por el que se establece el procedimiento y plazos para la formulación de Planes Integrados de Salud contiene, en su Capítulo II, el esquema que deben incluir los Planes de Salud. Este esquema se desarrolla desde el artículo 10 al 15 como sigue:

- *Análisis y diagnóstico de los problemas sanitarios*: En esta parte deberán expresarse, de acuerdo con los criterios generales de coordinación sanitaria, las necesidades que se deduzcan de la comparación entre:
 - a) Medidas objetivas de las tendencias de la mortalidad, morbilidad, incapacidad, exposición de los factores de riesgo de la enfermedad y medidas subjetivas del estado de salud percibido, y
 - b) La oferta sanitaria: Tipo y cantidad de recursos existentes y de servicios producidos.
- *Establecimiento de objetivos*: Los objetivos del Plan deberán expresarse, de acuerdo con los criterios generales de coordinación sanitaria, en términos cuantificables o suficientemente concretos; deberán incluir un tiempo para su consecución y estarán en relación tanto con los problemas previamente identificados como con las circunstancias específicas del ámbito al que se refieran y con los recursos disponibles.

Los objetivos deberán expresar los resultados a alcanzar por los diferentes servicios y actuaciones sanitarias en los siguientes campos: promoción de la salud, protección de la salud y asistencia de la enfermedad.

- *Programas a desarrollar*: Se deberán reflejar los distintos programas a desarrollar para lograr la consecución de los objetivos propuestos. Estos

programas deberán incluir el correspondiente estudio de evaluación de la rentabilidad social, que justifique su adopción, de acuerdo con el criterio de maximización de los resultados para un cierto nivel de recursos.

Los resultados se expresarán por medio de indicadores de salud y bienestar social, de acuerdo con los criterios generales de coordinación sanitaria. Este apartado incluirá las acciones concertadas con otras administraciones sanitarias y no sanitarias, expresando para cada acción a desarrollar el órgano encargado o responsable de llevarla a cabo.

- *Financiación:* Los planes deberán contener un capítulo donde se incluya la explicación de las diferentes fuentes de financiación. El gasto que representen los planes deberá expresarse por programas de actividad. Los gastos deberán estar desglosados por anualidades, para permitir su inclusión en los presupuestos correspondientes.
- *Ejecución:* Los diferentes planes deberán consignar los órganos administrativos responsables de su ejecución, con especificación de las tareas asignadas a cada uno de ellos. Asimismo deberán contener el mecanismo administrativo que permita garantizar la coherencia en la ejecución de las diferentes medidas y servicios, especialmente cuando se trate de programas llevados a efecto en colaboración con otros órganos o Administraciones por la vía de la concertación.
- *Evaluación:* Los planes deberán incorporar el mecanismo administrativo que garantice la evaluación sistemática y continuada de los distintos programas, de acuerdo con los Criterios Generales de Coordinación Sanitaria. La evaluación deberá referirse a los siguientes aspectos: Ejecución de las actividades, Medida de la efectividad de las actuaciones y de la eficiencia de los resultados y Pertinencia de los objetivos

Los **Criterios Generales de Coordinación Sanitaria** fueron aprobados por el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en sus sesiones de 5 de julio de 1988 y 19 de julio de 1989, para ser tenidos en cuenta por las Comunidades Autónomas en la formulación de sus Planes de Salud.

La **Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia**, acorde con la Ley General de Sanidad, recoge la necesidad de elaboración del Plan Regional de Salud como expresión de la política de salud a desarrollar por las administraciones públicas en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, señalando en el artículo 10 de su Título II, las previsiones que deberá contemplar el Plan de Salud, entre las que se incluyen:

- El Plan de Salud deberá incluir un análisis e identificación de los problemas, la formulación de los objetivos a alcanzar, plazos de ejecución o calendario general de actuaciones, los programas a desarrollar, los órganos encargados de su ejecución, los recursos que han de destinarse a su financiación y los mecanismos de evaluación sistemática y continuada de los distintos programas, garantizando la participación de la colectividad en todas las fases de su desarrollo.

- El Plan de Salud será revisado y actualizado periódicamente.
- Con anterioridad a la aprobación del Plan de Salud por el Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, su proyecto deberá ser remitido a la Asamblea Regional para su conocimiento y aprobación, por parte de los distintos Grupos Parlamentarios, de las alegaciones que estimen oportunas.

Finalmente, el **Real Decreto 1474/2001**, de 27 de diciembre, **sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud**, establece el traspaso a la Región de Murcia de las funciones y servicios, así como los bienes, derechos, obligaciones, medios personales y créditos presupuestarios correspondientes, con efectividad a partir del día 1 de enero de 2002.

II. Metodología

Alto grado de participación y consenso

La elaboración del III Plan de Salud de la Región de Murcia se ha desarrollado en cinco fases de trabajo, en un proceso que se ha caracterizado por un alto grado de participación y consenso, tanto por parte de profesionales y ciudadanos, como del resto de instituciones y organismos involucrados.

Consejo de Dirección, Comité Director y Grupos de Trabajo

Sólo con un elevado nivel de participación es posible lograr que los objetivos fijados sean el producto de un consenso y se produzca el clima favorable a la consecución de los mismos. A estos efectos, el proceso de elaboración del Plan de Salud ha incorporado la creación de un Consejo de Dirección y de un Comité Director, así como grupos de trabajo a través de los cuales se ha garantizado la agilidad de todo el proceso y la fluidez de la información a los niveles adecuados.

Participación ciudadana: Consejo de Salud

Asimismo, el Consejo de Salud ha participado de manera activa en las distintas fases de elaboración del Plan de Salud, aportando las inquietudes, sugerencias y prioridades de los colectivos más representativos de los ciudadanos de la Región de Murcia.

Página web del III Plan de Salud, dentro del Portal Sanitario de la Región de Murcia

La **página web del III Plan de Salud**, dentro del Portal Sanitario de la Región de Murcia (<http://www.murciasalud.es>) ha servido como un mecanismo más de participación de los ciudadanos y profesionales. A través de ella se ha dado a conocer el proyecto de elaboración del Plan a todas las personas interesadas (a todos los ciudadanos y con un apartado específico para profesionales), así como se han recogido sus sugerencias y comentarios.

El **Consejo de Dirección**, presidido por el Consejero de Sanidad y Consumo, ha sido el responsable del establecimiento del marco general y las líneas directrices de actuación, así como de la supervisión y control del proceso de ejecución y desarrollo del Plan de Salud.

Por su parte, el **Comité Director** ha realizado la coordinación técnica y administrativa de todo el proyecto, así como ha sido el responsable de mantener informado al Consejo de Dirección y aportarle los documentos elaborados en las distintas fases de redacción para incorporar las sugerencias e indicaciones del mismo hasta la finalización del proyecto.

Análisis de situación y definición estratégica

En la **primera fase de trabajo** (Análisis de situación y definición estratégica) se realizó un análisis de la situación de partida en cuanto a nivel de salud en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, en el que participaron cerca de 80 grupos de trabajo integrados por profesionales del Sistema Sanitario de la Región.

Asimismo, se analizaron todos los Planes de Salud en vigor actualmente en las distintas Comunidades Autónomas españolas (Andalucía, Castilla La Mancha, Castilla y León, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana,

Extremadura y Navarra), así como documentos similares a Planes de Salud existentes en otros países del entorno Unión Europea y OCDE.

Del análisis de todos ellos se extrajeron los principales factores críticos para el éxito de un Plan de Salud. Estos factores críticos de éxito se utilizaron como base para la definición, en el seno del Consejo Director del proyecto, de la tipología del III Plan de Salud de la Región de Murcia (atributos y estructura, fundamentalmente).

Finalmente se seleccionaron, de forma tentativa, los criterios de priorización a utilizar para la identificación de las áreas de actuación.

Definición de los criterios de priorización y definición de áreas de actuación

En la **segunda fase**, el borrador de criterios de priorización y la propuesta de áreas de actuación fueron validadas por el Consejo de Dirección de la Consejería de Sanidad y Consumo, así como por un grupo representativo de profesionales y por el Consejo de Salud de la Región de Murcia, como máximo órgano de representación ciudadana. De este modo, se obtuvo un documento donde se recogían las áreas prioritarias propuestas de forma definitiva en el Plan de Salud:

Objetivos generales, objetivos específicos y líneas de actuación de cada área.

Durante la **tercera fase** de elaboración del Plan se crearon Grupos de trabajo específicos en torno a las distintas áreas priorizadas en el III Plan de Salud, en el marco de los cuales se formularon los objetivos generales y específicos de cada una de ellas, así como se desarrollaron las medidas de actuación a llevar a cabo.

Priorización de los objetivos específicos

Paralelamente, una vez definidos los objetivos específicos se realizó una priorización de los objetivos específicos por parte de los miembros del Consejo de Salud, con el fin de concederles una especial relevancia a la hora de fijar las líneas de actuación, especialmente en lo que se refiere a plazos y mecanismos de control del cumplimiento.

Diseño de los mecanismos de evaluación y seguimiento del Plan de Salud

La **cuarta fase** de elaboración del Plan consistió en el diseño, también en el marco de los Grupos de trabajo, de los mecanismos de evaluación y seguimiento del Plan de Salud, incluyendo la definición de las funciones de una oficina de Seguimiento del Plan.

Finalmente, en la **quinta y última fase** se procedió a la redacción de la propuesta de borrador del proyecto del Plan de Salud de la Región de Murcia, que una vez conocido e informado por el Consejo de Salud de Murcia, fue remitido a la Asamblea Regional para su aprobación.

Participación constante de profesionales y ciudadanos a través del Portal de Salud

Durante todo el tiempo transcurrido en la elaboración del III Plan de Salud de la Región de Murcia, se puso a disposición de ciudadanos y profesionales una Página Web, integrada en el Portal de Salud de la Región de Murcia, con la información más relevante y un apartado de participación que permitía el envío de sugerencias, que fueron tenidas en cuenta a lo largo de la elaboración del Plan.

Consejo de Dirección del III Plan de Salud

Consejero de Sanidad y Consumo
Secretario General
Gerente del Servicio Murciano de Salud
Director General de Planificación y Financiación Sanitaria

Comité Director del III Plan de Salud

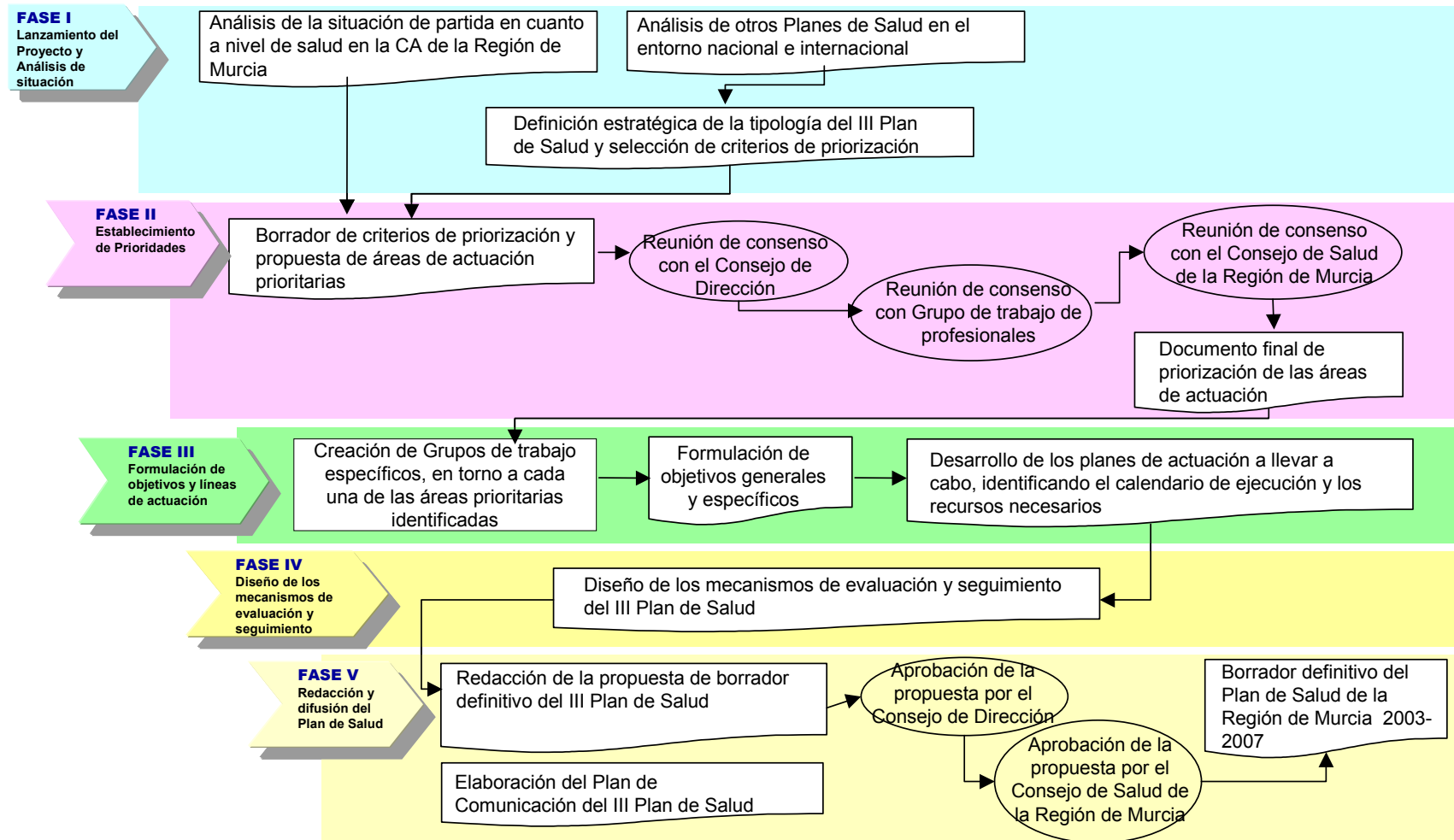
Director General de Planificación y Financiación Sanitaria
Director General de Salud Pública
Director General de Asistencia Sanitaria
Subdirector General de Atención Primaria
Subdirector General de Atención Especializada
Jefe del Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria
Jefe del Servicio de Salud Pública
Jefe del Servicio de Epidemiología
Técnico del Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria

Consejo de Salud

Formado por representantes de:

- La Administración de la Comunidad Autónoma
- La Federación Regional de Municipio
- Las Centrales y Organizaciones sindicales
- Las Organizaciones empresariales
- Las Asociaciones de Vecinos
- Las Organizaciones de Consumidores y Usuarios
- Los Colegios Profesionales del área socio-sanitaria
- Las Sociedades Científicas
- La Universidad de Murcia
- Las Áreas de Salud
- Las entidades de Enfermos Crónicos
- Las Asociaciones de Voluntariados

Metodología seguida para la elaboración del III Plan de Salud de la Región de Murcia



III. Análisis comparativo de otros Planes de Salud nacionales e internacionales

Revisión de las políticas emanadas de la Organización Mundial de la Salud y de la Unión Europea.

Análisis de los Planes de Salud de Reino Unido, Noruega, Dinamarca y Suecia.

Análisis de los Planes de Salud actualmente en vigor en España

Durante el proceso de elaboración del III Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007 se han analizado diversos Planes de Salud y documentos similares a nivel internacional y nacional.

En el entorno supranacional se revisaron las políticas emanadas de la Organización Mundial de la Salud y de la Unión Europea. Asimismo, a nivel internacional se estudiaron los Planes de Salud y documentos similares de diferentes países: Reino Unido, Noruega, Dinamarca y Suecia.

A nivel nacional se examinaron todos los Planes de Salud actualmente en vigor en España, que correspondían a seis Comunidades Autónomas: Andalucía, Castilla La Mancha, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Navarra y Comunidad de Madrid.

A continuación se recoge un resumen del análisis realizado, así como las principales conclusiones y factores críticos de éxito extraídos a partir del mismo.

Políticas emanadas de Organismos supranacionales

En la definición estratégica del Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007 es preciso considerar las políticas emanadas de dos organismos supranacionales, la Organización Mundial de la Salud y la Unión Europea.

Ambos han elaborado en los últimos años directrices sobre las cuales se han diseñado los programas de salud pública de la mayoría de los países de la Unión Europea y de algunos otros del entorno OCDE. Los documentos analizados han sido los siguientes:

Salud para todos en el siglo XXI (OMS)



Salud para todos en el siglo XXI. World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen, 1995

Programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública 2001-2006 (CE)



Decisión del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se adopta un programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2001-2006). Comisión de las Comunidades Europeas, 2000/0119 (COD), Bruselas

Salud para todos en el siglo XXI (Organización Mundial de la Salud)

La política "Salud para Todos" data de 1977. En la Conferencia de Alma Ata de 1978 se subraya el hecho de que, a pesar de las ambiciosas

Numerosas personas y países enteros no disfrutaban de un estándar óptimo de salud

proclamaciones que engloba la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, numerosas personas, e incluso países enteros, no disfrutaban de un estándar óptimo de salud. A finales de los años 70, cerca de mil millones de personas vivían en la miseria.

El proceso de renovación de “Salud para Todos” comenzó en 1995 con el objetivo de acelerar el cambio global y asegurar que los individuos, países y organizaciones estuvieran preparados para enfrentarse a los retos del siglo XXI.

Crear las condiciones adecuadas para que la población alcance y mantenga los estándares más altos de salud a lo largo de su vida.

“Salud para todos en el siglo XXI” nace con el ánimo de actualizar la visión de la anterior política “Salud para todos”. Propone, para las primeras dos décadas del siglo XXI, prioridades globales y objetivos que creen las condiciones adecuadas para que toda la población alcance y mantenga los estándares más altos de salud a lo largo de su vida.

La Organización Mundial de la Salud presenta una nueva generación de objetivos en su política *Salud para Todos en el siglo XXI*. Son 10 en total e incluye objetivos relacionados con diferentes aspectos: Resultados en salud; Determinantes de salud; Acceso a servicios de salud esenciales; y Apoyo al desarrollo tanto de políticas de salud como de nuevas prestaciones de servicios.

En este proceso de renovación, se han revisado los valores tradicionales de “Salud para Todos” y se han incorporado elementos adicionales que no se consideraban en la Constitución de la OMS, tales como:

- La importancia de una perspectiva que tenga en cuenta el género de las personas
- La necesidad de considerar la salud como elemento central para el desarrollo humano sostenible
- La creciente importancia de la participación de los ciudadanos en la política sanitaria incorpora oportunidades para la sociedad no previstas ni consideradas hace 20 años
- La relevancia de fortalecer la participación simultánea a nivel local y nacional

La 51ª Asamblea Mundial de la Salud (mayo de 1998) reconoció el informe *Salud para Todos en el siglo XXI* como el marco de trabajo para el desarrollo de la política futura en materia de salud. Los elementos más importantes de su declaración fueron los siguientes:

- Uno de los principales derechos humanos es disfrutar de los más altos estándares de salud que se puedan alcanzar
- La mejora de la salud y el bienestar de las personas es el fin último del desarrollo social y económico
- El compromiso de los conceptos éticos de equidad, solidaridad y justicia social y la incorporación de estrategias que tengan en cuenta el género de las personas

La salud como elemento central para el desarrollo humano sostenible.

Importancia del género de las personas.

Participación a nivel nacional, local y de los ciudadanos.

- La importancia de la reducción de las desigualdades sociales y económicas para la mejora de la salud de la población
- Prestar mayor atención a los que más lo necesitan, reciben servicios inadecuados o viven en la pobreza
- El compromiso de fortalecer, adaptar y reformar los sistemas sanitarios para asegurar un acceso universal a los servicios de salud y desarrollar sistemas de salud que respondan a las condiciones de salud, circunstancias socioeconómicas y necesidades de la población, comunidades y países

Programa de Acción Comunitario en el ámbito de la salud pública 2001-2006 (CE)

En mayo de 2000, la Comisión Europea presentó una Comunicación sobre la estrategia sanitaria de la Comunidad Europea, junto con una propuesta de Decisión del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se adopta un *Programa de Acción Comunitario en el ámbito de la Salud Pública 2001-2006*.

Está previsto que este programa sustituya a los ocho programas de acción existentes actualmente en el ámbito de la salud pública. El programa adopta un planteamiento general y orientado a las políticas de acuerdo con una visión amplia de la salud pública; el objetivo es que sirva de base y apoyo al desarrollo de las políticas comunitarias.

Líneas de actuación del Programa de Acción Comunitario en el ámbito de la Salud Pública 2001-2006



- ✓ *Mejorar la información y los conocimientos sobre la salud*
- ✓ *Responder con rapidez a las amenazas para la salud*
- ✓ *Hacer frente a los factores determinantes de la salud*

Consecución de un nivel elevado de salud física, mental y de bienestar.

Mayor igualdad en la salud de toda la Comunidad

El *Programa de Acción Comunitario en el ámbito de la Salud Pública 2001-2006*, que sirve de complemento a las políticas nacionales, aspira a contribuir a la consecución de un nivel elevado de salud física y mental y de bienestar, así como a una mayor igualdad en lo que se refiere a la salud en toda la Comunidad, a través de medidas dirigidas a la mejora de la salud pública, la lucha contra la morbilidad y la mortalidad prematura, la prevención de las enfermedades y los trastornos humanos y la eliminación de las fuentes de peligro para la salud, tomando en consideración el sexo y la edad de las personas.

El programa apoya el desarrollo de una estrategia sanitaria integrada para asegurarse de que las políticas y actividades comunitarias contribuyen a la protección y el fomento de la salud.

El programa contribuye a:

- Fomentar una estrategia integrada en el ámbito de la salud pública, desarrollando una política intersectorial al definir y aplicar todas las

políticas y actividades comunitarias, con el fin de garantizar un nivel elevado de protección y promoción de la salud humana

- Combatir las desigualdades relacionadas con la salud que existen entre los estados miembros y dentro de ellos
- Impulsar la cooperación entre los Estados miembros

Tendencias detectadas en los Planes de Salud de algunos países de la OCDE

En Reino Unido, Noruega, Dinamarca y Suecia la planificación de las políticas públicas en salud se hace de forma más explícita y sistemática





Junto con el análisis de las políticas de salud emanadas de Organismos supranacionales se analizaron los principales elementos críticos de las políticas y planes de salud de cuatro países de la OCDE: Dinamarca, Noruega, Reino Unido y Suecia. La razón de seleccionar a esos países es porque es en los que la planificación de las políticas públicas en salud se hace de forma más explícita y sistemática.

Para cada uno de ellos se revisaron diversos elementos. Entre ellos, el proceso de elaboración del Plan, los principios inspiradores del mismo, la justificación de la elaboración de una política de salud, los mecanismos de identificación de los problemas de salud de la población, los factores identificados como condicionantes de la salud y las principales líneas de intervención propuestas.

- **Elaboración del Plan:** responsables de la priorización de áreas, definición de objetivos, identificación de líneas de intervención, asignación de recursos...
- **Principios inspiradores:** Pilares básicos de los Planes de Salud
- **Justificación de la elaboración de una política de salud**
- **Identificación de los problemas de salud de la población**
- **Factores que condicionan la salud**
- **Líneas de intervención**

A continuación se recogen unas tablas comparativas de los aspectos críticos identificados.





Tablas comparativas de los aspectos críticos identificados a nivel internacional

	DINAMARCA 	NORUEGA 	REINO UNIDO 	SUECIA 
Elaboración del documento	Publicado por el Gobierno como su política de Salud pública	Escrito por un Comité establecido por el Gobierno (no tiene por qué representar totalmente las ideas del Gobierno)	Publicado por el Gobierno como su política de salud pública	Elaborado por un Comité, integrado por representantes de todos los partidos políticos del Parlamento
Principios inspiradores	<ul style="list-style-type: none"> • Se centra en la mortalidad • Pretende que la población viva y se comporte de un modo más saludable: cambiar el comportamiento de la población es la clave, incluso con la ayuda de profesionales de la salud • Ataca las inequidades en gran medida 	<ul style="list-style-type: none"> • Da una mayor prioridad a las enfermedades no mortales • Establece el <i>fortalecimiento (empowerment)</i> de los ciudadanos como estrategia central: si la población tiene más poder sobre su propia vida, se comportará de forma más saludable y tendrá más salud • El plan ataca las inequidades en salud en gran medida y está muy soportado en la investigación científica 	<ul style="list-style-type: none"> • Muy centrado en la mortalidad • Establece un contrato nacional donde los individuos y las autoridades trabajan juntos para cambiar el comportamiento de la gente y sus condiciones de vida • Se centra en un muy alto grado en atacar las inequidades en salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Concede mayor prioridad a las enfermedades no mortales • Énfasis en cambiar las conductas de vida y menos énfasis en el individuo • Se centra en un muy alto grado en atacar las inequidades en salud • Documento soportado en elementos de investigación científica
Justificación de la elaboración de una política de salud pública	<ul style="list-style-type: none"> • Apenas se hace ninguna declaración sobre por qué el Gobierno considera que la salud de la población, sobre todo la esperanza de vida media, es un problema sobre el que actuar. Se considera algo evidente en sí mismo. Tampoco se argumenta de forma explícita acerca de las razones de una política sanitaria pública. • Tan sólo se comentan frases del estilo del deseo del Gobierno de dar a los daneses <i>"una vida más larga y mejor"</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Se pone de manifiesto un conflicto entre un discurso idealista o ético y uno económico. De este modo, se expone que los políticos han de promover la salud <i>"porque tienen una responsabilidad sobre el bienestar de la población y la economía de la sociedad"</i>, pero, por otra parte, se mantiene que los posibles beneficios económicos para la sociedad son irrelevantes ya que es un derecho en sí mismo conservar la salud de la población tanto como sea posible. 	<ul style="list-style-type: none"> • El programa inglés pretende crear "un país moderno y exitoso, para lo cual necesita más gente con mejor salud". • De este modo, presenta 3 argumentos para mejorar la salud de la población: el <i>personal</i> (crear una mejor vida para los ciudadanos); el <i>social</i> (lograr una sociedad moderna unida por los valores de la justicia y la equidad, con menos desigualdades); y el <i>económico</i> (ahorrar dinero en el sector público y privado y mejorar la prosperidad). • Se argumentan de forma explícita las razones de la política sanitaria pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se plantean una serie de objetivos éticos y al mismo tiempo se pone de manifiesto que se está <i>invirtiendo en salud</i>, ya que las ganancias derivadas de la política sanitaria son duales (los individuos viven más y la sociedad consigue una mayor prosperidad). • Los suecos combinan, en su discurso, la racionalidad científica y el estado ético de bienestar. Los textos se basan ampliamente en la investigación y continua discusión y argumentación sobre pros y contras. • Se argumentan de forma explícita las razones de una política sanitaria pública.

Tablas comparativas de los aspectos críticos identificados a nivel internacional (Cont.)

	DINAMARCA 	NORUEGA 	REINO UNIDO 	SUECIA 
Identificación de los problemas de salud de la población	<ul style="list-style-type: none"> El programa Danés parte con un antecedente de escaso progreso en el indicador de esperanza de vida, en comparación con el resto de países europeos. De este modo, el programa da prioridad y está dirigido a aquellos problemas que influyen de forma especial en la esperanza de vida media en Dinamarca (se trata de un claro ejemplo donde es posible hablar del "poder de un solo indicador", ya que éste condiciona toda la agenda en Salud pública). El principal problema identificado es, por tanto, la comparativamente elevada mortalidad. Basándose en la mortalidad, las <i>enfermedades cardiovasculares</i>, el <i>cáncer</i>, los <i>accidentes</i> y las <i>enfermedades respiratorias</i> son considerados los principales problemas. Otro problema es el de las <i>inequidades en salud</i>, para el que se centra en la salud de los colectivos marginados. 	<ul style="list-style-type: none"> Los noruegos entienden la salud en su concepto más amplio, que no sólo incluye la ausencia de enfermedad sino también la calidad de vida. Las principales áreas de acción son 4: <i>lesiones de aparato locomotor</i>, <i>accidentes y lesiones</i>, <i>problemas psicosociales</i> y <i>asma y alergia</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> El programa inglés se centra en las 4 principales causas de enfermedad: <i>cáncer</i>, <i>enfermedades cardiovasculares</i> e <i>infarto</i>, <i>accidentes</i> y <i>suicidio</i>. La razón por la que se centran en la mortalidad no es porque se considere el único problema importante, sino porque "los datos de mortalidad ofrecen actualmente el soporte más sólido sobre el que establecer objetivos numéricos". Se describe en detalle las inequidades sociales, étnicas y geográficas en salud y se pone el énfasis en las muertes antes de los 65 ó 70 años. 	<ul style="list-style-type: none"> El informe sueco refleja autocomplacencia en cuanto al éxito obtenido en la creación y mantenimiento de condiciones para la prosperidad y desarrollo de una buena salud. Se pone de manifiesto que salud de los suecos es buena y que está mejorando, pero que existen algunos grupos sociales que están quedándose atrás, siendo este (las inequidades en salud) uno de sus principales problemas de salud. Identifican lo que ellos llaman "<i>carga de enfermedad</i>", mediante el cálculo de las consecuencias mortales y no mortales, la salud percibida por las personas y el coste de la enfermedad. Se da especial prioridad a las enfermedades psiquiátricas.
Factores que condicionan la salud	<ul style="list-style-type: none"> Al tratarse de un programa muy centrado en la mortalidad, no se da apenas importancia a los factores asociados con las enfermedades no mortales. En el programa danés el comportamiento de la gente se considera la principal causa de mala salud. Si bien el programa menciona otras áreas de la sociedad que tienen influencia en la mala salud y se refiere escuetamente a políticas en ellas, se centra de forma principal en 5 factores de riesgo del individuo: <i>tabaco</i>, <i>alcohol</i>, <i>accidentes</i>, <i>hábitos alimentarios no saludables</i> y <i>falta de ejercicio</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> Del mismo modo que el Comité noruego responsable de la elaboración de la estrategia de salud utiliza una definición de salud amplia, pone de manifiesto una amplia definición de sus causas. De este modo, define grupos de enfermedades según 3 tipos de causas: (i) <i>enfermedades infecciosas</i>, (ii) <i>enfermedades derivadas de los estilos de vida</i> (cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares...), (iii) <i>nuevas enfermedades causadas por deficiencias en la sociedad y falta de solidaridad</i> (problemas psicosociales, desórdenes mentales leves, enfermedades del aparato locomotor). 	<ul style="list-style-type: none"> El programa inglés pone de manifiesto que las causas de la mala salud son diversas y que se trata de una compleja interacción entre factores personales, sociales, económicos y medioambientales. <i>Our Healthier Nation</i> reconoce la existencia de determinantes de la salud, que influyen ampliamente en la misma. Mientras que las decisiones individuales sobre los estilos de vida tienen una gran importancia, también hay otros factores que quedan fuera del control del propio individuo. A menudo se menciona la pobreza y la exclusión social como causas de mala salud y de las crecientes desigualdades sociales y étnicas. 	<ul style="list-style-type: none"> El informe sueco presenta una visión compleja de las causas de la mortalidad y la morbilidad y habla de una etiología multifactorial y una "<i>red de causas</i>". Se enfatiza que la mayoría de los problemas de salud tienen una combinación de causas asociadas con factores estructurales en la sociedad y factores relacionados con el comportamiento individual. El grado de integración social, la confianza entre las personas y hacia las instituciones es tan importante como la riqueza económica para la salud pública. Se asume que Suecia tienen un enorme "<i>capital social</i>" por tener un buen desarrollo en salud.

Tablas comparativas de los aspectos críticos identificados a nivel internacional (Cont.)

	DINAMARCA 	NORUEGA 	REINO UNIDO 	SUECIA 
Líneas de intervención	<ul style="list-style-type: none"> El programa danés se centra en motivar el comportamiento saludable en cuatro áreas (<i>tabaco, alcohol, dieta y ejercicio</i>), en cada una de las cuales se definen sus propios objetivos y que constituyen el eje central en el diseño de actividades. Se pone de manifiesto que las autoridades tienen la obligación de informar a la población sobre los comportamientos saludables y aquellos de riesgo, así como darles los mensajes apropiados y las soluciones. La motivación de la población es un elemento crucial para cambiar su comportamiento. En el programa danés apenas se presta atención a las condiciones de vida. El papel de los servicios de salud y el sector social tiene gran importancia: se considera que juega un papel central en el programa de salud pública. En cuanto a los profesionales, su papel es actuar como modelos de comportamiento y llevar a cabo "diálogos de salud" con sus pacientes. Se espera que los profesionales identifiquen las personas con problemas e intervengan, considerándose ésta la acción más importante para reducir las inequidades en salud. Las actividades para reducir las inequidades sociales se centran casi en exclusividad en grupos marginados como mujeres embarazadas con problemas de abuso de drogas, jóvenes marginados del mercado laboral o ancianos aislados. Entre los profesionales, el médico de primaria es una pieza clave en la reducción de inequidades en salud. El comportamiento en salud de los individuos es considerado una responsabilidad tanto de los individuos como de las autoridades. 	<ul style="list-style-type: none"> El documento noruego, con su amplia definición de salud, tiende a hacer una política de salud que abarca todo. Como ya se ha comentado, un elemento central en la estrategia de salud noruega es el término "fortalecimiento" (<i>empowerment</i>): fortalecer los valores que dan al individuo o a los grupos la posibilidad de responsabilidad, participación, solidaridad y el control, no reduce la prevalencia de las enfermedades relacionadas con los estilos de vida, así como las inequidades sociales. En el informe noruego, la "debilidad de los individuos es vista como una parte de la mala salud y como una causa de la misma, de modo que el "fortalecimiento" se considera parte de la buena salud y el medio de obtenerla. Se pone de manifiesto que trabajar por una buena salud es responsabilidad tanto del sector público como del individuo. La tarea del sector público es organizar todo de modo que los individuos puedan hacerse responsables de su propia salud. Esta función del estado se puede caracterizar como "de Estado facilitador", que ayuda a los individuos a asumir su responsabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> En concordancia con la forma en que se justifican las causas de la enfermedad, su mejora se promueve de dos formas: tanto a través de cambios en el comportamiento, como en las condiciones de vida. Muchos de los factores que influyen en la salud (vivienda, empleo...) son parte de otras iniciativas del Gobierno. De este modo, se detalla cómo el programa de salud pública se alinea con otros programas de la Administración. Los ingleses lanzan un contrato nacional, en el que tanto la población, como las autoridades locales y las nacionales han de trabajar de forma conjunta para conseguir el objetivo de mejorar la salud. Los documentos de salud pública ingleses (especialmente <i>Saving lives</i>) se caracterizan por el deseo de demostrar un gran espíritu y fuerza por crear una nueva, más moderna y saludable Inglaterra. Entre las actividades sugeridas en el programa de salud pública inglés muchas se centran en el cambio del comportamiento de los individuos. De esta forma, para conseguir que la población cambie sus hábitos de vida, el Gobierno pretende establecer los <i>Centros de Vida Saludable (Healthy Living Centres)</i>, donde la población puede solicitar ayuda para dejar de fumar, adquirir hábitos alimenticios saludables, formación para el empleo... La co-responsabilidad es un tema central en los documentos de salud pública ingleses: se pretende buscar un punto intermedio ente el victimismo individual y la culpabilización al Gobierno. 	<ul style="list-style-type: none"> En el informe sueco se caracterizan dos métodos para mejorar la salud pública: (i) persuadir o forzar a la población a mantenerse sano, o (ii) crear las condiciones apropiadas y dar a las personas opciones para mantenerse sano. De este modo, se aboga por una combinación de estrategias orientadas hacia las estructuras y hacia los individuos, haciendo un especial esfuerzo en poner de manifiesto las áreas sobre las que el individuo apenas tiene (o no tiene) influencia. Los suecos se resisten a imponer ninguna responsabilidad sobre la población. Las principales intervenciones se dirigen a cambiar las condiciones de vida de una forma que se podría describir como complaciente pero también ejerciendo la autoridad. En los documentos suecos se critican algunos de los objetivos centrados en los riesgos, las enfermedades o la edad, ya que se dice que dejan a un lado las causas estructurales de la falta de salud.

Planes de Salud actualmente en vigor en España

Durante el proceso de revisión de otros Planes de Salud se han analizado aquellos actualmente en vigor en España: II Plan Andaluz de Salud 1999-2002, II Plan de Salud de Castilla La Mancha 2001-2010, II Plan de Salud de Castilla y León 1998-2007, II Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2001-2004, II Plan de Salud de Navarra 2001-2005 y I Plan de Salud de la Comunidad de Madrid 1995-2002.

Para cada uno de ellos se han revisado los siguientes aspectos. En primer lugar, los antecedentes, principios inspiradores y estructura general del Plan. A continuación, se analizó el esquema metodológico utilizado. Posteriormente, se revisaron los elementos incluidos en el análisis de situación realizado, los mecanismos de identificación de áreas prioritarias de actuación y el proceso de definición de objetivos y de medidas/planes de intervención. Finalmente, se analizaron las herramientas de evaluación y los mecanismos de seguimiento definidos.

Análisis de los Planes de Salud de Andalucía, Castilla La Mancha, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Navarra y Madrid

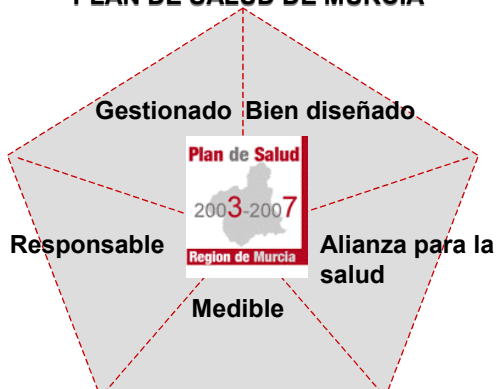
- I. Antecedentes, principios inspiradores y estructura general del Plan
- II. Esquema Metodológico
- III. Análisis de situación
- IV. Identificación de áreas prioritarias de actuación:
 - Criterios y mecanismos de priorización
 - Establecimiento de áreas de actuación (número, tipología, metodología utilizada, responsables...)
 - Validación de las áreas de actuación establecidas (metodología utilizada, responsables)
- V. Definición de objetivos: número, tipología de objetivos, responsables de la definición de los mismos
- VI. Medidas/Planes de intervención: tipología, asignación de recursos, calendario de ejecución
- VII. Evaluación y definición de mecanismos de seguimiento: mecanismos de evaluación, responsables de la definición de los mismos y de su seguimiento
- VIII. Aspectos críticos identificados

Conclusiones y factores críticos de éxito

La identificación de los factores críticos para el éxito del III Plan de Salud de la Región de Murcia se ha basado en el análisis de los Planes de Salud y documentos similares descritos a lo largo de este capítulo. En función de este análisis, los principales factores críticos de éxito que se han considerado para la elaboración y puesta en marcha del III Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007 se pueden agrupar en 5 grandes criterios:

- el Plan de Salud ha de estar **bien diseñado**, lo que significa que es muy crítico la selección de las prioridades (si no hay priorización, no hay Plan);
- ha de elaborarse sobre la base de una **Alianza para la Salud**, implicando a diversos agentes sociales en el cumplimiento de sus objetivos;
- los objetivos que se proponen han de ser **medibles**;
- ha de permitir identificar los **responsables** de su cumplimiento; y finalmente,
- ha de ser **gestionado** correctamente (el Plan no es una declaración de intenciones, sino algo a gestionar).

FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO DEL III PLAN DE SALUD DE MURCIA



*El Plan de Salud ha de estar **bien diseñado**. Es necesario un abordaje intersectorial, focalizado a los grandes problemas de salud, con objetivos realistas, priorizados y medibles y con medidas de actuación efectivas.*

En el **diseño** del Plan de Salud es preciso tener en cuenta que la elaboración ha de realizarse con un alto grado de participación y consenso, tanto por parte de profesionales como de ciudadanos y que es preciso un abordaje intersectorial de algunos de los problemas de salud.

Por otra parte, el Plan ha de estar muy focalizado a los grandes problemas de salud de la Región de Murcia (aquellos de mayor incidencia, mayor prevalencia, mayor mortalidad...). En cuanto a los objetivos del Plan, estos han de ser concretos, realistas (tanto desde el punto de vista científico, como

económico, organizativo, de alcance temporal...), cuantificables, medibles y han de estar priorizados. Por su parte, las medidas y planes de intervención identificados han de ser efectivos (de acuerdo con criterios científicos y económicos) y medibles, es decir, que sea posible conocer su impacto real.

Alianza para la salud entre los agentes implicados, asumiendo su responsabilidad en el Plan de Salud

La concepción del Plan de Salud como la base de una **alianza para la salud** entre todos los agentes implicados conlleva que cada uno de ellos (ciudadanos, profesionales y poder político) ha de asumir su responsabilidad para con el Plan.

De este modo, los ciudadanos han de responsabilizarse del papel clave que desempeñan en su propia salud. Los profesionales han de concienciarse de que son uno de los principales pilares sobre los cuales se ha de soportar su implantación y finalmente, el poder político, tanto en el sector salud como en el resto de sectores, ha de demostrar una verdadera voluntad de llevarlo a cabo.

El Plan de Salud ha de ser medible, definiendo indicadores de evaluación adecuados.

El Plan ha de ser **medible** y para ello es necesario tanto un conocimiento previo de la situación de partida, como la definición de indicadores de evaluación apropiados, es decir, directamente relacionados con las intervenciones propuestas, sensibles a las mismas y adecuados a su tipología (en función de si se trata de Programas poblacionales o de Contratos con los proveedores).

Cada línea de actuación debe llevar asociado un responsable.

Para la implantación del Plan es preciso, además, identificar los **responsables** de la puesta en marcha de cada una de las líneas de actuación.

El Plan de Salud debe ser gestionado, mediante una Oficina de Seguimiento.

Finalmente, es necesario que exista una **Oficina de seguimiento del Plan** que se responsabilice de la gestión del mismo y que ejerza las funciones de impulso a la implantación, seguimiento y evaluación. En este sentido, es preciso garantizar el dinamismo del Plan, es decir, la posibilidad de poder introducir ajustes en relación a los objetivos inicialmente identificados.

IV. Estructura del Plan

El Plan de Salud como expresión de la política de salud a desarrollar por la Región de Murcia

El Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007 constituye la expresión de la política de salud a desarrollar por las administraciones públicas en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia durante el periodo 2003-2007 y como tal, ha de permitir marcar la dirección en la que se van a orientar las principales medidas dinamizadoras para mejorar la salud de la población murciana.

El Plan de Salud ha de constituirse sobre la base de una alianza para la salud, ha de reflejar unos objetivos evaluables y definir acciones con soporte financiero

No se trata, por tanto, de una declaración de intenciones, de un conjunto de medidas exclusivamente desde el sector sanitario, o de algo tan general que le impida ser evaluable o que le confiera un carácter teórico.

Para cumplir su fin, el Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007 ha de constituirse sobre la base de una *alianza para la salud* con todos los socios implicados y tras un proceso de priorización, ha de reflejar un conjunto de objetivos evaluables y la definición de una serie de acciones con

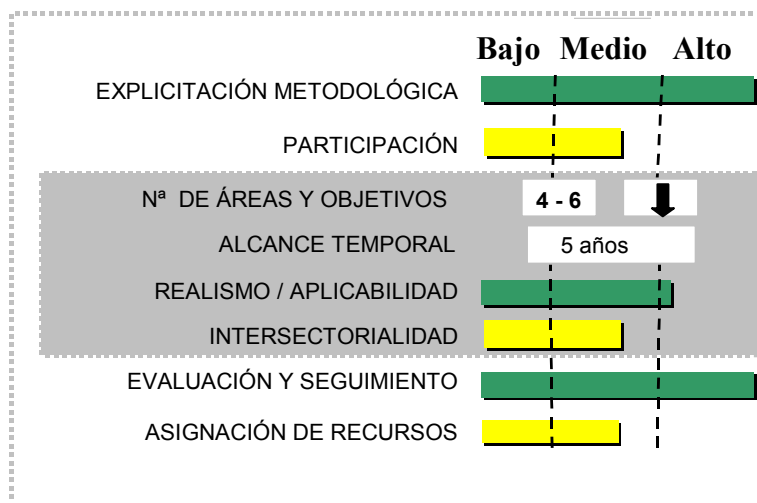


un soporte financiero.

Marco de trabajo

De forma previa a la elaboración del III Plan de Salud de la Región de Murcia se establecieron las características generales del mismo

Previamente a la elaboración del III Plan de Salud de la Región de Murcia y teniendo en cuenta los factores críticos de éxito identificados, se establecieron las **características generales del Plan**, en aquellos aspectos considerados más relevantes: explicitación metodológica, nivel de participación, número de áreas de actuación prioritarias y objetivos definidos, alcance temporal, nivel de realismo / aplicabilidad del Plan, grado de intersectorialidad, nivel de desarrollo de las herramientas de evaluación y seguimiento del Plan y mecanismos de asignación de recursos.



Nivel detallado de explicitación metodológica.

Alto nivel de participación.

Número reducido de áreas de intervención.

Objetivos realistas.

Desarrollo alto de las herramientas de evaluación y seguimiento del Plan de Salud.

Definición de los recursos necesarios para su implantación.

Plan estructurado en tres niveles: vertical, diagonal y horizontal.

Componentes verticales: grandes problemas de salud.

De este modo, se consideró que el nivel de **explicitación metodológica** del Plan debía ser lo más detallado posible, con el fin de obtener un documento coherente y bien fundamentado.

Por otra parte, el **nivel de participación** tendría que ser suficientemente alto como para que se vean reflejados los principales interesados (tanto ciudadanos como profesionales), pero realista con las limitaciones temporales del proyecto de elaboración del Plan.

Asimismo, se consideró que el **número de áreas** debía ser reducido, así como servir para marcar las líneas de actuación prioritarias en los **próximos cinco años**. Obviamente, sin que ello implique dejar de lado la realización del resto de actividades.

Por su parte, el **número de objetivos** tendría que ser realista, asumiendo el compromiso de su cumplimiento dependiendo del ámbito de competencia de los mismos.

El nivel de desarrollo de las herramientas de **evaluación y seguimiento** del Plan ha de ser necesariamente muy alto y una herramienta fundamental para lograrlo será la definición de una Oficina de Seguimiento del Plan.

Por su parte, la **definición de recursos** se hará a partir de estimaciones del gasto y tendrá en cuenta la identificación de aquellas líneas que necesiten un aporte económico adicional para su desarrollo.

Componentes del Plan

La estructura del III Plan de Salud de la Región de Murcia está compuesta por tres niveles, integrados por una serie de componentes verticales, diagonales y horizontales, respectivamente.

Los **componentes verticales**, representados en naranja, responden al reto de mejorar la situación de salud luchando contra las patologías que más

problemas de salud causan en la Región de Murcia, expresados en términos de morbi-mortalidad.

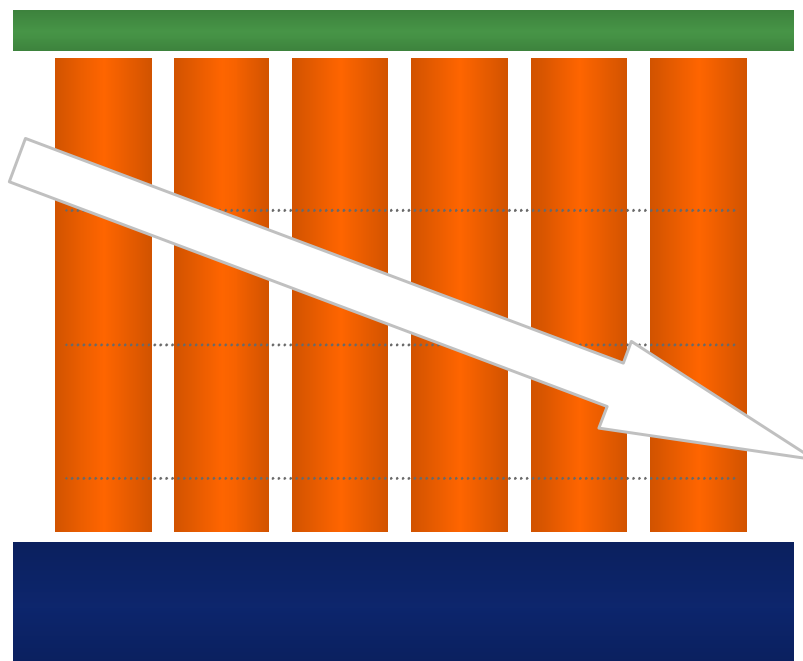
Componentes diagonales: colectivos específicos.

Los **componentes diagonales**, representados en blanco, responden a la necesidad de integrar acciones dirigidas a colectivos específicos para obtener una mayor equidad de acceso al sistema, dar calidad a la vida luchando contra los problemas crónicos que afectan a la calidad de vida e invertir en la salud de las nuevas generaciones.

Componentes horizontales: necesidades de fortalecimiento y modernización del Sistema Sanitario y gestión del propio Plan de Salud

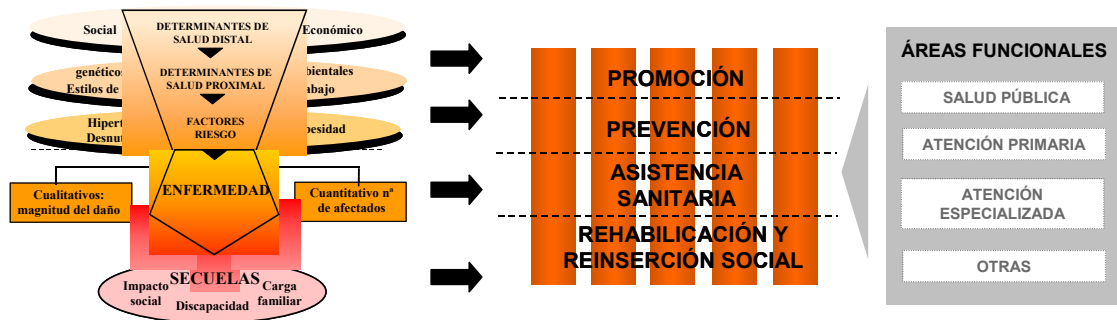
Finalmente, el **componente horizontal**, representado en azul, recoge las necesidades específicas de fortalecimiento y modernización del Sistema Sanitario Público de la Región de Murcia en el nuevo contexto competencial, haciendo especial énfasis en la mejora de la accesibilidad, la calidad, la eficiencia y el fortalecimiento del ciudadano para la toma informada de decisiones.

Adicionalmente y debido a la importancia que tiene, se incluye un área transversal relativa a la **gestión del propio Plan de Salud**, representada en verde.



Es necesario abordar los problemas de salud con **visión de proceso**: promoción, prevención, asistencia sanitaria y rehabilitación y reinserción social

De este modo, el III Plan de Salud de la Región de Murcia se articula en torno a los grandes problemas de salud (componentes verticales). Es importante comprender que los problemas de salud de una población están sujetos a infinidad de actores capaces de alterar su rumbo natural, desde los más distales (socioeconómicos), pasando por los más proximales (carga genética, medioambiente, estilos de vida), hasta los factores de riesgo fisiológicos ampliamente conocidos (colesterol, hipertensión). Por ello, es preciso abordar cada uno de los problemas de salud con una visión de proceso, es decir, desde la perspectiva de la promoción, la prevención, la asistencia sanitaria y la rehabilitación y reinserción social. En el III Plan de Salud de la Región de Murcia esto se ha conseguido mediante la participación de profesionales de múltiples áreas funcionales en los grupos de trabajo constituidos (ver apartado II. Metodología)



Priorización de las áreas de intervención

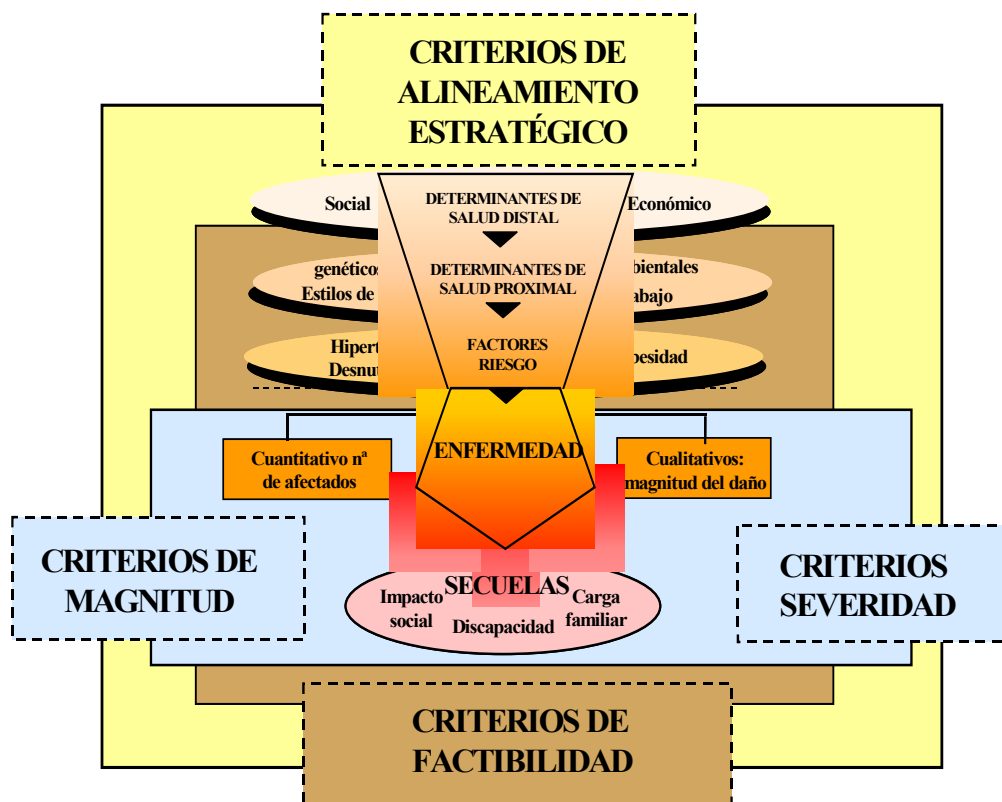
El establecimiento de las áreas de intervención prioritarias dentro de cada uno de los niveles que integran el III Plan de Salud de la Región de Murcia (componentes verticales, diagonales y horizontales), se ha realizado a partir del método de Hanlon en el que se recogen los criterios tradicionales para cuantificar este tipo de problemas y que son:

- Criterios de **magnitud** del problema de salud
- Criterios de **severidad** del problema de salud
- Criterios de **factibilidad** en el abordaje del problema de salud, teniendo en cuenta la **eficacia** de la solución y la **viabilidad** de la misma.

Sin embargo, la complejidad de los problemas a analizar y la necesidad de tener en cuenta otros aspectos característicos de la Región de Murcia y de difícil cuantificación numérica, ha hecho necesario añadir una nueva dimensión al análisis en forma de:

- Criterios de **alineamiento estratégico** con el Sistema Sanitario Público de la Región de Murcia.

La selección de las áreas de intervención prioritarias se ha realizado en base a cuatro criterios: magnitud del problema, severidad del problema, factibilidad en el abordaje y alineamiento estratégico con el sistema sanitario público de Murcia



Dada la estructura propuesta para el III Plan de Salud de la Región de Murcia, los criterios de priorización se han establecido de manera específica para cada uno de los componentes propuestos: verticales, diagonales y horizontales.

Áreas verticales:
Cáncer, Enfermedades Cardiovasculares, Enfermedades Transmisibles, Salud Mental, Diabetes y Accidentes.

Área Transversal a las anteriores: Estilos de Vida.

Áreas diagonales:
Niño- joven, Mujer, Nuevas formas de exclusión social y Personas Mayores.

Los criterios de priorización utilizados para la definición de los **componentes verticales** se encuadran dentro de tres categorías: magnitud, severidad y factibilidad. Utilizando estos criterios, las áreas de actuación seleccionadas fueron las siguientes: **Cáncer, Enfermedades cardiovasculares, Enfermedades transmisibles, Salud mental, Diabetes y Accidentes**. Adicionalmente se define un área de actuación transversal común a estas áreas verticales, denominada **Estilos de vida**, que engloba acciones de promoción de la salud para la población sana.

Los criterios de priorización empleados para la identificación de los **componentes diagonales** se incluyen dentro de las tipologías de criterios de magnitud, severidad, factibilidad y alineamiento estratégico. Los colectivos seleccionados fueron los siguientes: **Niño-joven, Mujer, Nuevas Formas de Exclusión Social y Personas Mayores**. De este modo, en el Plan de Salud se recogen, para cada una de las áreas verticales, aquellas acciones específicas dirigidas a estos colectivos, añadiendo además otros planes específicos que quedan fuera de las grandes áreas descritas, como

sería Salud bucodenta, Enfermedades inmunoprevenibles en calendario vacunal o Planificación familiar.

*Área horizontal:
Fortalecimiento y
modernización del
sistema sanitario*

Finalmente, los criterios utilizados para la priorización del **componente horizontal** de **Fortalecimiento y modernización del sistema sanitario** han sido los de alineamiento estratégico y factibilidad. Estos criterios se han utilizado para la priorización de las líneas de actuación propuestas dentro de esta área.

Por otro lado, tal y como se especifica en el capítulo II (Metodología) de este Plan de Salud, tras la priorización de las áreas mencionadas anteriormente, se formularon los objetivos generales y específicos de cada una de ellas y se desarrollaron las medidas de actuación a llevar a cabo. En este sentido, a lo largo de esta fase se realizó una **priorización de los objetivos específicos**, con el fin de concederles una especial relevancia durante el proceso de gestión y seguimiento del Plan de Salud.

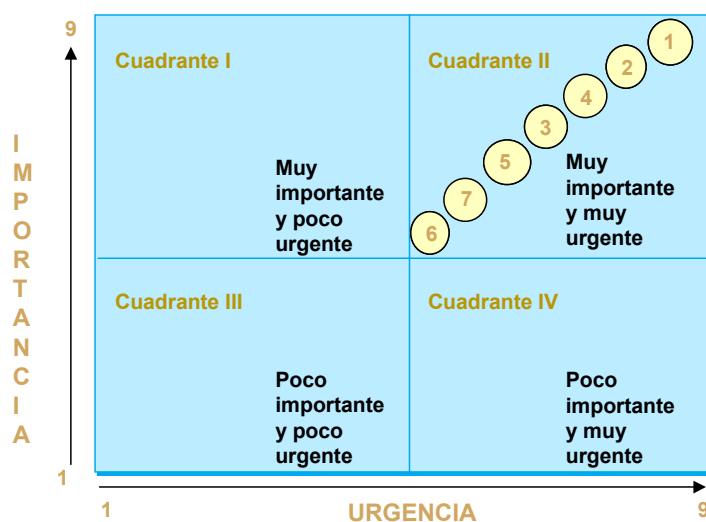
*Priorización de
los objetivos
específicos en
base a dos
criterios:
importancia y
urgencia*

En este sentido, el **Consejo de Salud** realizó, el 2 de diciembre de 2002, un ejercicio de priorización y clasificaron los objetivos específicos de cada una de las áreas en base a dos criterios: **Importancia** cada objetivo específico en relación con los demás objetivos de su área y **urgencia** en su cumplimiento.

La metodología utilizada para la realización de este ejercicio de priorización de los objetivos específicos fue la votación de cada uno de ellos en función de los dos criterios mencionados utilizando una herramienta interactiva. Se realizaron un total de 14 votaciones (importancia y urgencia para los objetivos de cada una de las 7 áreas de intervención).

Tras la votación de los objetivos específicos se obtuvieron los resultados para cada una de las áreas, fruto de la clasificación de cada uno de los objetivos específicos según su importancia y urgencia, en sendas escalas de 1 a 9.

Las conclusiones más relevantes de este ejercicio de priorización de objetivos aparecen representadas e interpretadas a continuación:



- Todos los objetivos específicos de cada una de las áreas son muy importantes y muy urgentes, tomando como referencia el gráfico de clasificación que se detalla más adelante.
- La relación existente entre importancia y urgencia de cada uno de los objetivos específicos resultó ser proporcional, positiva y directa, es decir, que el objetivo más importante se consideró a la vez el más urgente y a la inversa.



- Los objetivos específicos se enuncian en términos de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación, sistemas de información y realización de planes integrales. De esta forma, el orden de prioridad de los objetivos específicos en función de los criterios mencionados es el siguiente:
- En primer lugar, la realización de actuaciones relacionadas con objetivos de promoción de la salud y prevención.
- En segundo lugar, las actuaciones relacionadas con objetivos de prestación de la asistencia y rehabilitación.
- Y en último lugar, el desarrollo de actuaciones relacionadas con los sistemas de información y la realización de planes integrales.

En el diseño del III Plan de Salud de la Región de Murcia se ha planteado la priorización de las líneas de actuación asociadas a cada uno de los objetivos específicos en función de las anteriores conclusiones.

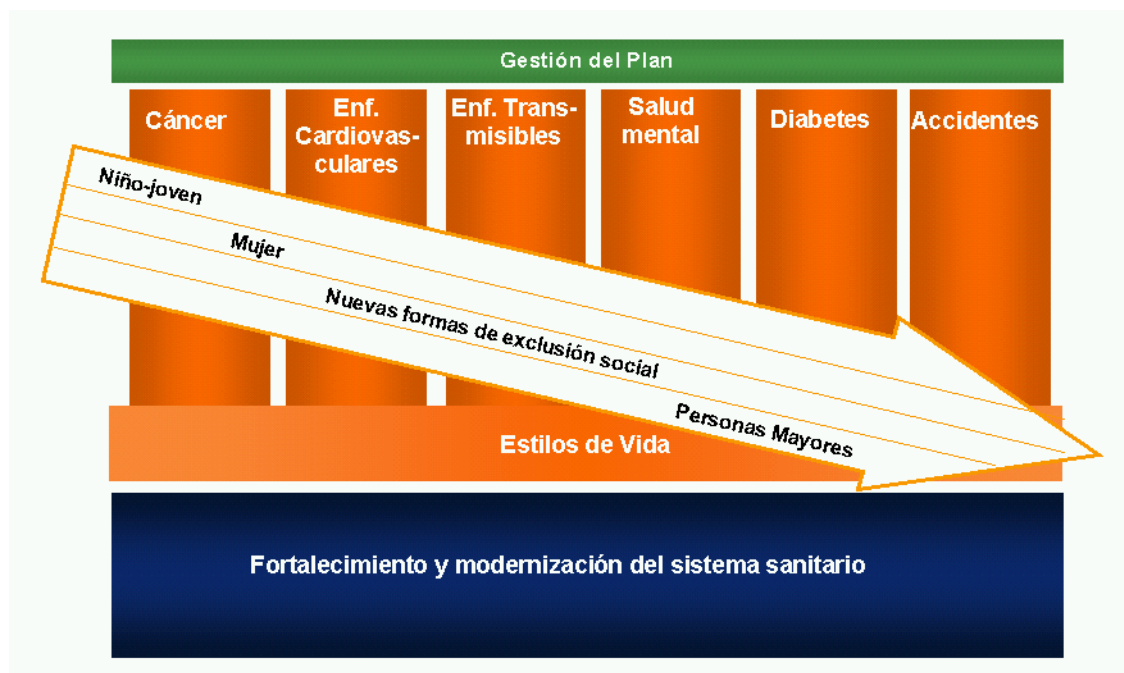
Estructura del III Plan de Salud de la Región de Murcia

A continuación se recoge la estructura del III Plan de Salud de la Región de Murcia, articulada en torno a seis grandes problemas de salud: Cáncer, Enfermedades cardiovasculares, Enfermedades transmisibles, Salud mental, Diabetes y Accidentes.

Se incluye además un área específica de Estilos de vida, transversal a las anteriores.

Asimismo, se incorporan elementos diagonales que hacen referencia a cuatro colectivos: Niño-joven, Mujer, Nuevas Formas de Exclusión Social y Personas mayores.

Un área horizontal de Fortalecimiento y Modernización del Sistema Sanitario y el componente de Gestión del Plan integran el resto de la estructura.



V. Alineamiento estratégico

El III Plan de Salud de la Región de Murcia se concibe como una herramienta estratégica aglutinadora de voluntades y promotora de una **Alianza para la Salud en la Región de Murcia** entre los distintos agentes involucrados.

Para ello, resulta especialmente importante que el Plan de Salud esté alineado con otros planes y programas relacionados a nivel regional como por ejemplo el Plan Estratégico de Desarrollo de la Región de Murcia, el Plan Regional de Solidaridad en la Educación, el Plan Regional de Inclusión Social y el Plan para la Integración Social de los Inmigrantes.

A continuación se recogen los principales elementos estratégicos que caracterizan a estos planes y programas con los cuales se alinea el III Plan de Salud de la Región de Murcia.

Plan Estratégico de Desarrollo de la Región de Murcia

Mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, de forma equilibrada en el territorio de la Región de Murcia.

El Plan Estratégico de Desarrollo de la Región de Murcia nace con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, de forma equilibrada en el territorio, de modo que la Comunidad Autónoma se aproxime a los estándares medios de las regiones más desarrolladas. El Plan es un elemento imprescindible para la consecución de adecuadas cotas de desarrollo sostenible de cada uno de los sectores que conforman la economía regional y, como consecuencia, de lograr mayores niveles de renta, bienestar y empleo.

Lograr mayores niveles de renta, bienestar y empleo.

Este Plan Estratégico plantea propuestas de actuación en las que tienen cabida no sólo consideraciones de carácter económico, sino también otras de carácter social, medioambiental y de habitabilidad, que buscan la mejora creciente de la calidad de vida de los ciudadanos murcianos hasta alcanzar niveles europeos.

Las estrategias definidas, basadas en la consecución de una economía más competitiva, un desarrollo más equilibrado territorialmente y un especial énfasis en la educación y formación de los recursos humanos, permitirán elevar el nivel de bienestar y habitabilidad de los ciudadanos de la Región de Murcia.

El Plan Estratégico establece el marco general de actuación de las Administraciones Públicas, sirviendo de orientación para las actuaciones de los agentes económicos y sociales en el periodo 2000-2006.

El Plan se articula en torno a los siguientes “puntos críticos”:

- Adaptación de las infraestructuras básicas de transporte y comunicaciones

- Respeto al medio ambiente
- Formación adaptada al modelo de desarrollo económico y social
- Modernización de la cultura y gestión empresarial
- Apuesta por la innovación tecnológica
- Utilización sostenible de los recursos naturales
- Igualdad de oportunidades y fortalecimiento de la calidad de vida
- Desconcentración y descentralización en busca del equilibrio

La realización de este Plan Estratégico contó con la colaboración de la Administración Regional, la Administración Central, la Administración Local, asociaciones empresariales, organizaciones sindicales, empresas, expertos sectoriales, universidades y centros de investigación, agrupaciones agrarias, colegios profesionales organizaciones sociales y ciudadanos.

Plan Regional de Solidaridad en la Educación

El Plan Regional de Solidaridad en la Educación de la Región de Murcia 2001-2003 surge como iniciativa de la Consejería de Educación y Universidades con un objetivo último: que la escuela dote a cada persona de las actitudes y capacidades necesarias para “aprender a vivir” en una sociedad diversa y en continuo cambio, y que la educación sea asumida como un instrumento útil para mejorar sus condiciones de vida y de integración en la sociedad.

La Consejería de Educación y Universidades, consciente del carácter plural de sus ciudadanos y de los retos que supone un eficaz desarrollo del sistema educativo, se planteó la necesidad de proponer el Plan Regional de Solidaridad en la Educación,

- Para garantizar que el derecho a la educación no se vea obstaculizado por factores relacionados con la desigualdad social
- Para que el factor rural no sea la causa de desigualdad en el acceso a la educación
- Que articule las respuestas más eficaces para la atención del alumnado procedente de grupos de población con rasgos socio-culturales distintivos en un marco escolar común y multicultural
- Que arbitre las medidas necesarias para que las situaciones personales transitorias de salud no generen condiciones de desigualdad en el disfrute del derecho a la educación, y
- Para que la escuela eduque en los valores de la tolerancia, el respeto, la paz, la libertad y la solidaridad.

Este Plan se vertebra para su desarrollo en siete grandes ámbitos de actuación referidos a escolarización; atención a la población escolar en

La escuela debe dotar a cada persona de las actitudes y capacidades necesarias para aprender a vivir en una sociedad diversa y dinámica.

Pretende ser el referente que permita que el sistema educativo contribuya a compensar las desigualdades en la Región de Murcia.

situación de desventaja socio-educativa; atención a la población escolar en situación de desventaja en el medio rural; población escolar que por decisiones judiciales o razones de enfermedad no pueden asistir al centro educativo; desarrollo de la educación intercultural, actuaciones complementarias y colaboración interinstitucional y participación social.

El Plan Regional de Solidaridad en la Educación pretende ser el referente que permita que el sistema educativo contribuya a compensar las desigualdades en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Plan Regional de Inclusión Social

El objetivo de este Plan Regional de Inclusión Social es alcanzar la mayor aproximación posible a las causas determinantes de la exclusión social, a fin de poder proponer las medidas más efectivas que permitieran salvar los obstáculos que impiden o dificultan la participación plena de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.

El Plan Regional de Inclusión Social, aprobado en junio de 2000, propone una política de atención a las personas excluidas, regido por las siguientes directrices:

- Impulsar la sensibilización de la sociedad, promoviendo la integración social y fomentando un modelo activo de participación, implicación y solidaridad.
- Priorizar la prevención de la exclusión social, mediante acciones dirigidas a los grupos más vulnerables.
- Impulsar actuaciones y programas que faciliten la incorporación social de las personas o grupos que se encuentren en situaciones de exclusión, como miembros activos de la sociedad.
- Diseñar medidas tendentes a cubrir necesidades básicas de las personas y grupos en situación de riesgo de exclusión social, como son la educación, la salud, la vivienda, la incorporación laboral, la participación e integración social y la garantía de ingresos mínimos.
- Fomentar la colaboración y coordinación entre las Administraciones Públicas y entre éstas y las entidades de iniciativa social, promoviendo la descentralización y desconcentración de la gestión y la optimización de los recursos propios.
- Promover la participación del mayor número posible de actores sociales, así como la implicación activa de las personas excluidas, a fin de impulsar la implantación de sistemas de protección activos, orientados a favorecer el empleo y la incorporación social, evitando la cronificación de la exclusión.

Propone los siguientes objetivos generales:

Medidas efectivas para salvar los obstáculos que impiden o dificultan la participación plena de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social

- Facilitar ayudas económicas a los hogares más desfavorecidos para posibilitarles la superación de los niveles de pobreza extrema, vinculando estas ayudas al establecimiento.
- Establecer mecanismos específicos de inserción laboral para las personas en situación de exclusión social.
- Favorecer el acceso a una vivienda o alojamiento digno a los sectores más desfavorecidos.
- Facilitar la integración educativa de los grupos en dificultad social.
- Potenciar un uso, por parte de las personas excluidas, del conjunto de recursos del sistema sanitario en los mismos términos que la población general.
- Guiar y tutelar el proceso individual de incorporación social, adecuándolo a las posibilidades y necesidades de cada persona en dificultad social.
- Corresponsabilizar a toda la sociedad en la prevención de los procesos de exclusión social y en la solución de las situaciones de marginación.

Plan para la Integración Social de los Inmigrantes de la Región de Murcia

La Región de Murcia se configura en una sociedad donde conviven personas de distinta etnia y cultura. El Gobierno Regional, siendo consciente de la realidad inmigratoria de la Comunidad Autónoma, intenta dar respuesta a las necesidades que este colectivo social, en su diversidad, plantea.

De esta forma, en una apuesta firme y decidida por la integración de las personas inmigrantes que eligen Murcia para vivir y trabajar, el Gobierno Regional pone en marcha el Plan de la Integración Social de los Inmigrantes de la Región de Murcia 2002-2004, suponiendo la planificación y programación de actuaciones precisas y concretas en los diferentes ámbitos de intervención, en concordancia con las políticas nacionales y de la Unión Europea en materia de integración social de inmigrantes.

El Plan para la Integración Social de los Inmigrantes de la Región de Murcia 2002-2004 formula en primer lugar una serie de medidas articuladas en torno a tres grandes líneas de actuación dirigidas al **colectivo inmigrante**:

- Facilitar el acceso normalizado de los inmigrantes a los recursos sociales de que dispone la Región de Murcia, procurando que su condición de ciudadanos extranjeros no suponga un obstáculo en el ejercicio de los derechos que la legislación española les reconoce.

*Integración de las
personas inmigrantes
que elijan Murcia para
vivir y trabajar*

- Actuar sobre las necesidades más urgentes que se plantean en un colectivo con escasos recursos y redes muy precarias de integración social, independientemente de su situación legal.
- Impulsar la cooperación al desarrollo con los países de origen de los inmigrantes con el fin de mejorar el desarrollo económico y social de los mismos.

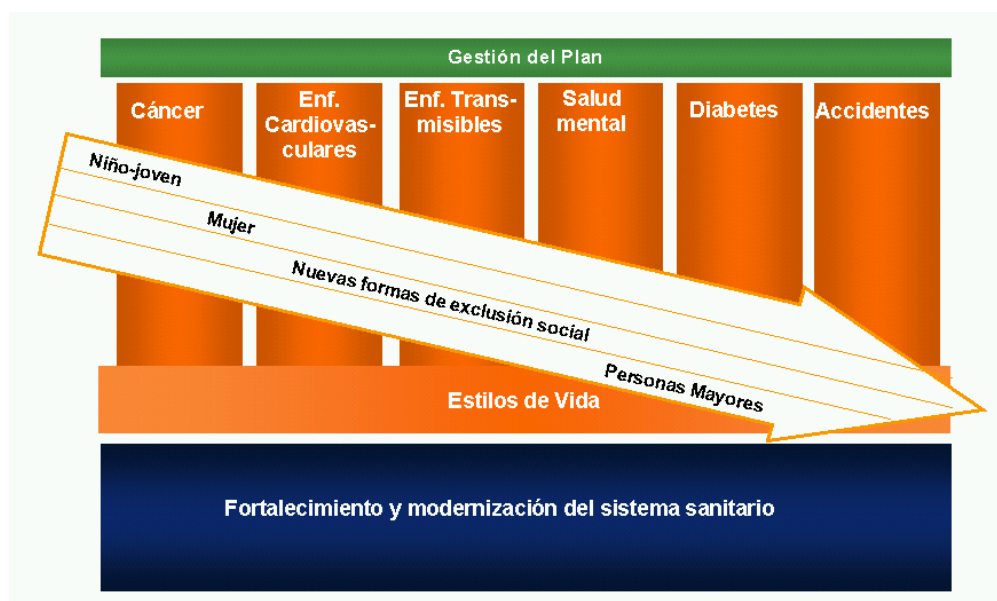
En segundo lugar se perfilan también tres líneas de cara al otro extremo de la relación, la **sociedad de acogida**:

- Afrontar con decisión la formación y sensibilización de la sociedad.
- Generar dinámicas y actuaciones tanto de reconocimiento de los nuevos “actores sociales” como de responsabilidad y compromiso ciudadano.
- Implicar a todos los sectores: administraciones, sociedad civil organizada, organizaciones sociales, medios de comunicación, empresarios, etc.
- El Plan se estructura en diez áreas temáticas correspondientes a diferentes departamentos de la Administración Regional implicados en el proceso de Integración Social de Inmigrantes: área social, área de la mujer, área del menor y de la familia, área de juventud, área de educación, área de salud, área de vivienda, área de empleo y formación ocupacional, área cultural y turística y área de cooperación al desarrollo.
- El objetivo final es la construcción de un marco de convivencia basado en la reciprocidad y responsabilidad común, en la que todas las personas puedan participar activamente en ámbitos como el de la formación, desarrollo, empleo, participación política y una Sociedad de Todos, por todos y para todos.

VI. Plan de Salud

Guía de Uso

Partiendo de la estructura y las áreas propuestas para el III Plan de Salud de la Región de Murcia, a continuación se desarrollan los objetivos generales, específicos y líneas de actuación para cada una de ellas.



- El primer bloque esta formado por “Estilos de Vida” (representada en naranja transversalmente al resto de áreas), y recoge todas las acciones de promoción de la salud encaminadas a la prevención primaria de los principales problemas de salud, especialmente en lo que se refiere a: tabaco, alimentación, ejercicio y conductas de riesgo.
- Un segundo bloque lo constituyen los principales problemas de salud (áreas verticales naranjas), es decir, **cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades transmisibles, salud mental, diabetes y accidentalidad.**

Cada una de ellas se inicia con las **conclusiones del Análisis de Situación** efectuado, en el que se exponen, de forma resumida, los motivos que llevaron a su priorización y sobre los que se va a tratar de incidir mediante las medidas propuestas a continuación.

Acto seguido, aparecen los objetivos generales, que se originan a partir del estudio del estado de salud de la población de Murcia en el área concreta a la que se refieren y marcan las intenciones con respecto a las macromagnitudes de medida que nos gustaría corregir.

El siguiente apartado lo constituyen los **objetivos específicos**, que no son más que la consecuencia del desglose de los generales, pero en este caso, referidos a cada una de las áreas en las que es posible

actuar para lograr lo propuesto, esto es: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, rehabilitación y reinserción social.

Finalmente, a cada objetivo específico le corresponde una o más **líneas de actuación** en las que se exponen, de manera más detallada, las acciones que hay que emprender prioritariamente a lo largo de los próximos años. Las líneas de actuación incorporan los responsables de su cumplimiento y los indicadores que permitan hacer su seguimiento.

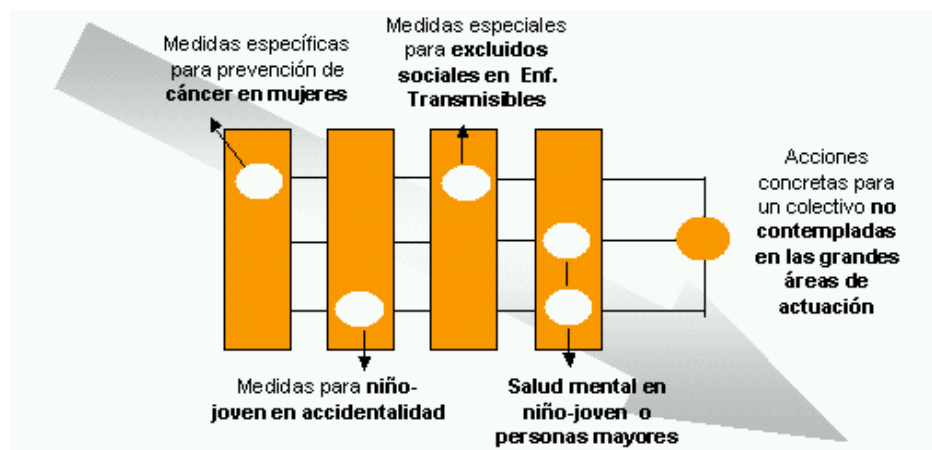
Adicionalmente, a modo de resumen final de cada una de las áreas, se adjuntan unas **tablas con los compromisos** de los que han de hacerse responsables **los principales actores** involucrados en la salud de la Región de Murcia, ya que únicamente con la colaboración del Gobierno Regional, las instituciones, los profesionales y los ciudadanos se pueden conseguir los objetivos definidos en el Plan.

- **Un tercer bloque lo constituyen los colectivos especiales sobre los que se quiere realizar un impulso extra a través de este Plan** (flecha diagonal de la gráfica) y que recoge, con el mismo esquema, los objetivos generales, específicos y líneas de actuación destinadas a **niño-joven, mujer, nuevas formas de exclusión social y personas mayores**.

- *niño-joven*
- *mujer*
- *nuevas formas de exclusión social*
- *personas mayores*

Para ello, se ha realizado un repaso sistemático de las medidas propuestas en el anterior bloque, rescatando aquellas que fueran aplicables a los colectivos seleccionados y añadiendo otras nuevas que completen la oferta de acciones necesarias si se quiere mejorar la situación de salud de estos colectivos en los próximos 5 años.

Por este motivo, en el primer bloque, algunas de las líneas de actuación de las áreas correspondientes a los grandes problemas de salud aparecen precedidas de un círculo siguiendo un **código de colores**. Así, las líneas marcadas en **azul** hacen referencia y aparecerán de nuevo recogidas en el grupo de niño-joven, las **naranjas** en el de la mujer, las **verdes** en el de las nuevas formas de exclusión social y las **amarillas** en el de las personas mayores.



Para evitar la redundancia excesiva, en las tablas resumen de las áreas diagonales no se recogen las responsabilidades derivadas del Plan que tienen que ver con las líneas ya recogidas en otras áreas.

- **Un cuarto bloque lo constituyen las medidas relacionadas con el área horizontal de Fortalecimiento y modernización del sistema sanitario**

Área de Estilos de Vida

Los problemas de salud más frecuentes son multifactoriales

Actualmente, los problemas de salud más frecuentes son multifactoriales y vienen determinados, en gran medida, por los comportamientos relacionados con la salud y por el medio ambiente físico, social y cultural. Son generalmente problemas crónicos, que dan lugar a un considerable incremento de las demandas hacia el sistema sanitario. Esto, unido al aumento de la esperanza de vida y al envejecimiento de la población, sugiere nuevos planteamientos preventivos y sobre todo, de promoción de la salud.

Los determinantes que más influyen en el nivel de salud son la alimentación inadecuada, los comportamientos de riesgo, el tabaco, el abuso de alcohol, las relaciones sexuales sin protección, las violencias y las condiciones y contextos laborales.

Estudios recientes indican que los determinantes que en mayor medida influyen en el nivel de salud son la alimentación inadecuada, los comportamientos de riesgo, el hábito de fumar, el abuso de bebidas alcohólicas y las relaciones sexuales sin protección, las violencias y las condiciones y el contexto laboral en el que se desenvuelven las personas.

Asimismo, los determinantes de la salud y la enfermedad vienen condicionados por las respuestas individuales y sociales derivadas del sistema económico-social, de las decisiones políticas, como la configuración, financiación y organización de los sistemas sanitario y educativo e incluso de las emanadas, sobre todo, del tejido asociativo, considerando especialmente los modelos culturales, creencias, actitudes, valores, etc. predominantes, relacionados con la génesis y el aprendizaje del comportamiento.

En este III Plan de Salud de la Región de Murcia se contempla la promoción de hábitos y estilos de vida saludables en diversos apartados. En éstos se hacen propuestas concretas de intervención y se marcan objetivos respecto a hábitos relacionados muy directamente con los problemas que se tratan en los mismos.

Promoción de hábitos y estilos de vida saludables.

No obstante, dado que las intervenciones de promoción de la salud tienen un carácter transversal, es decir, son comunes en el abordaje de muchos problemas de salud, es necesario definir actuaciones que, desde una visión global e integradora, promuevan la adopción de estilos de vida saludables en personas sanas.

Las actuaciones sobre los estilos de vida se pueden enfocar, entre otras, desde dos perspectivas diferentes: interviniendo sobre conductas relacionadas con la salud (tabaco, alimentación, ejercicio físico, alcohol y otras drogas, conductas de riesgo...) o actuando en los distintos escenarios en los que se realizan las intervenciones (escuela, sistema sanitario y ámbitos laboral y comunitario).

A continuación se recogen las principales conclusiones del análisis de situación para cada uno de las conductas, así como para los distintos escenarios de intervención en la Región de Murcia. En el siguiente apartado se contemplan los objetivos generales y específicos, describiendo las líneas de actuación necesarias para su abordaje, dentro de las cuales se incluyen una serie de acciones horizontales sobre los distintos escenarios descritos.

Principales conclusiones del Análisis de Situación

Tabaco

El tabaco es el principal factor de riesgo prevenible.

A pesar de que la prevalencia de consumo de tabaco en varones ha descendido en los últimos 10 años en la Región de Murcia, pasando del 54,4% en el año 1992 al 35,2% en el año 2002, el consumo de tabaco continúa siendo el principal factor de riesgo prevenible.

En el caso de mujeres, la prevalencia de consumo de tabaco ha experimentado un ligero aumento en Murcia pasando del 31,3% en el año 1992 al 33,8% en 2002, se incrementa en casi todos los tramos de edad y muy especialmente en las más jóvenes, mientras que el tramo de 20 a 29 años sí disminuye el consumo.

La normativa del tabaco se incumple en un elevado porcentaje.

La normativa del tabaco se incumple en un elevado porcentaje: a pesar de la prohibición expresa de la venta de tabaco a menores de 18 años, el 37,5% de los escolares consigue el tabaco en un estanco y el 43,3% en un bar, cuando en estos lugares ninguno de los alumnos podría adquirirlos por su edad. Por otro lado, no se contempla suficientemente la normativa respecto a la publicidad.

Alimentación

El patrón dietético de consumo en la Región de Murcia está desviado con respecto a las recomendaciones de una dieta saludable, tanto en adultos como en adolescentes, si bien especialmente en estos últimos:

En el caso de adultos, se observa que el consumo medio de lípidos totales se encuentra en el límite superior en los hombres y ligeramente por encima de las recomendaciones en las mujeres.

El patrón dietético de la Región de Murcia está desviado respecto a las recomendaciones de una dieta saludable, sobre todo en adolescentes.

Las grasas saturadas representan el 10-13% de las calorías totales, cifra superior a los objetivos nutricionales de no sobrepasar el 10%. Como consecuencia, tanto la razón Ácidos Grasos Poliinsaturados/Ácidos Grasos Saturados, como Ácidos Grasos Monoinsaturados/Ácidos Grasos Saturados, se encuentran por debajo de las recomendaciones. La proporción de calorías que proceden de las proteínas está ligeramente elevada, mientras que la procedente de los hidratos de carbono se encuentra por debajo de las recomendaciones.

En el caso de los adolescentes, el consumo de alimentos con alto contenido en grasas de origen animal es elevado. Un 25% de los adolescentes no consume diariamente frutas y tan sólo un 25% consume al menos diariamente verduras y hortalizas, pero se observa una tendencia a la disminución del consumo en verduras y hortalizas, que pasa del 29% en el periodo 1993-94 al 25,1% en el 2001-2002.

Ejercicio físico

La prevalencia de actividad física en población adulta de la Región de Murcia se ha duplicado en esta década (1992-2002), sobre todo a expensas de que disminuyen las personas que no hacen ningún tipo de actividad y aumentan las que hacen al menos dos horas semanales de actividad física intensa. Las diferencias son significativas estadísticamente y, además, son semejantes para ambos sexos. Aún así, una de cada dos personas no

realizaría ningún tipo de actividad física y tan sólo una de cada tres realizaría al menos dos horas semanales de actividad física intensa.

La prevalencia de actividad física en población adulta de la Región de Murcia se ha duplicado en la última década.

En el caso de los escolares murcianos, durante el periodo 1993-2002 se mantiene entre un 2,5-2,9% el porcentaje que no practica ninguna actividad física fuera del horario escolar y aumenta ligeramente el porcentaje de escolares que manifiesta practicar una actividad deportiva todos los días (un 39,4% en el curso 1993-1994 y un 41,9% en el curso 2001-2002).

La percepción sobre el estado de forma es buena o muy buena en el 67,15% de los encuestados en el último estudio (2001-2002), cifras que han experimentado un ligero aumento con respecto al estudio realizado en el curso 1993-1994.

Por otra parte, se aprecia un aumento en el porcentaje de jóvenes que ven la televisión más de 4 horas al día (que pasa del 16,6% en el curso 1993-1994 a un 17,5% en el curso 2001-2002), siendo este indicador un mejor predictor de obesidad que otros más sofisticados.

Alcohol

En la Región de Murcia, el alcohol es la droga más consumida en los adultos. En el periodo 1998-2001 no se han producido grandes diferencias en los consumos de alcohol en los residentes en esta Región, pero las prevalencias son mayores a la media de España en el año 1999, para todos los tipos de consumo.

El alcohol es la droga más consumida en la Región de Murcia, con una prevalencia mayor a la de España.

En cuanto a las variables relacionadas con el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados, aunque en general se observa una evolución positiva en los últimos 10 años, estamos muy lejos de conseguir las cifras de consumo responsable recomendadas.

Drogas ilegales

El patrón de consumo de sustancias psicoactivas en el periodo 1998-2001 muestra un aumento en la prevalencia de todas ellas. Entre las que más se ha incrementado su consumo destaca la cocaína, que ha pasado del 4,1% al 9,8% en el año 2001, el éxtasis, que se ha duplicado en los dos últimos años, las anfetaminas y los alucinógenos. Por el contrario, mientras la prevalencia de consumo para todas las sustancias aumenta en la Región de Murcia, en España en el periodo 1997-1999 se observa un descenso.

El patrón de consumo de sustancias psicoactivas muestra un aumento en su prevalencia.

Escenarios de intervención

En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia se vienen desarrollando, desde 1985, diferentes actuaciones y programas, de un marcado carácter educativo y de promoción de conductas saludables, en Centros Educativos, Centros de Atención Primaria y en los ámbitos laboral y comunitario. Sin embargo, no se dispone de un plan estructurado, sistemático y continuado de promoción de salud.

Escenario escolar:

Se observan posibilidades de mejora en aspectos formativos del profesorado.

En el **escenario escolar**, se observan posibilidades de mejora en determinados aspectos formativos en el profesorado. Los materiales educativos necesarios para el desarrollo de la educación para la salud en la escuela no son suficientes, están poco difundidos entre el profesorado y su utilización es desigual entre los mismos.

Además, hay una excesiva oferta en material de salud de diferentes organismos, sin abordaje transversal.

Al mismo tiempo, hay un escaso cumplimiento de la legislación vigente en relación con la función atribuida al Proyecto Educativo y Curricular de Centro y al tratamiento transversal de los contenidos de salud en cada uno de los currículos. Igualmente, llama la atención la excesiva oferta a centros educativos en materia de salud a partir de diferentes Organismos e Instituciones, lo que dificulta el desarrollo de los contenidos de manera transversal.

Por último, conviene destacar las capacidades de mejora organizativa en los centros escolares, con un apoyo institucional desigual orientado a la promoción de estilos de vida saludables en las escuelas.

Atención Primaria:

Es necesario potenciar la inclusión en la Cartera de Servicios aquellos relacionados con promoción de la salud en el ámbito comunitario o laboral, con el medio ambiente y con la inmigración.

En **Atención Primaria**, es preciso potenciar que la Cartera de Servicios incluya Servicios de Promoción de Salud o Educación para la Salud en el ámbito comunitario o laboral. Asimismo, se detectan ciertas carencias de servicios específicos orientados al medio ambiente o la inmigración. En general, los Servicios orientados a la atención de los problemas de salud y factores de riesgo de mayor prevalencia (enfermedades cardiovasculares, hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes, obesidad, etc.), aunque recogen actuaciones orientadas a la detección precoz, no incluyen en sus normas técnicas enfoques de promoción de la salud desde una perspectiva biopsicosocial y de salud positiva.

Área comunitaria:

Grandes avances en temas como Drogodependencias y SIDA.

La influencia transmitida por los medios de comunicación de masas no se contrarresta suficientemente.

El **área comunitaria** sigue en la Región un desarrollo desigual, con asunción de responsabilidades en temas como Drogodependencias y SIDA, especialmente debidos a la puesta en marcha de los Planes Regionales de Drogas y SIDA, con un pronunciado carácter descentralizador hacia Entidades Locales y potenciador de las acciones emanadas del tejido social.

Por otra parte, las estrategias e intervenciones a favor de la salud que se vienen realizando a través de los medios de comunicación de masas presentan una evolución positiva cualitativa y cuantitativa, que, sin embargo, sigue siendo insuficiente para inducir la adopción de estilos de vida más saludables en la población diana.

Por último, existen otros problemas o dificultades en la práctica habitual de la promoción de conductas saludables, entre los que cabe destacar:

- Las necesidades de formación específica de los profesionales de la salud y de la educación, así como de los agentes sociales que trabajan como promotores de salud. Muchas de las intervenciones se desarrollan sobre la base de la motivación y el voluntarismo, lo que resta eficacia a las mismas, que produce a su vez falta de credibilidad de las intervenciones metodológicamente correctas.
- La influencia derivada del modelo cultural salud-enfermedad predominante, que introduce un sesgo biológico en las intervenciones educativas y, al mismo tiempo, hace que se realicen siguiendo, en general, los postulados de modelos informativos, con planteamientos de objetivos cognoscitivos y biomédicos y en pocas ocasiones de habilidades y conductas responsables. Todo ello da lugar a una escasa utilización de la metodología educativa efectiva y coherente con los objetivos del proceso de enseñanza-aprendizaje que deben definirse.

- La falta de continuidad, con gran número de intervenciones esporádicas y “proyectos piloto”, que impide plantear objetivos secuenciales que den sentido y unidad a las intervenciones.
- La falta de reconocimiento de un rol profesional, por parte de educadores, agentes sociales o profesionales de la salud, que incluya la promoción de la salud. Esta dificultad puede venir determinada por diversos factores como las concepciones de la educación y la salud no acordes con los postulados de las reformas educativa y sanitaria, los procesos de transferencias, las dificultades ya mencionadas de la formación o la falta de credibilidad de la educación para la salud, como consecuencia de la frustración de los profesionales por la escasez de recursos o de resultados tangibles a corto plazo.

Objetivos Generales

- Promover que la elección de estilos de vida saludables en toda la población constituya la opción más fácil de elegir.
- Favorecer las actuaciones que dificulten la adquisición del hábito tabáquico, así como aquellas que favorezcan la disminución de su prevalencia.
- Promover el retraso en el inicio del consumo de alcohol en jóvenes e incidir en el consumo responsable.
- Favorecer las actuaciones que propicien que los habitantes de la Región de Murcia no consuman drogas ilegales, así como las que busquen una disminución de la prevalencia de estos consumos.
- Potenciar la adopción de patrones dietéticos que desarrollen hábitos de alimentación sana y equilibrada, incidiendo en el beneficio que la dieta mediterránea representa para la salud.
- Fomentar las actividades que faciliten la implicación responsable de todos los habitantes de esta Comunidad Autónoma en el cuidado de su salud.

Objetivos Específicos

1. Fomentar las actividades que, en todos los ámbitos, favorezcan el abandono del hábito tabáquico y el cumplimiento de todas las normas en relación con el tabaco.
2. Aumentar el número de espacios libres de humo.
3. Potenciar las estrategias de ocio y tiempo libre alejadas del consumo de alcohol y drogas, aunando esfuerzos con administraciones locales y tejido asociativo.
4. Facilitar y potenciar las actividades al aire libre y las deportivas.
5. Incrementar el número de habitantes de la Región de Murcia que practican con regularidad ejercicio físico.

6. Actuar sobre los factores que facilitan el sobrepeso y la obesidad en niños y adultos, potenciando las actividades que lo disminuyan.
7. Fomentar las actividades que, en todos los escenarios, favorezcan la alimentación adecuada para cada uno de los grupos de edad, género y estados de salud.
8. Promover actividades orientadas a que las relaciones afectivo-sexuales se produzcan de una forma saludable.
9. Potenciar que, desde los centros de atención primaria y escuelas, se incrementen las actuaciones que promuevan el autocuidado responsable de la salud.
10. Actuar sobre los medios de comunicación para que difundan y prioricen en sus emisiones las actividades saludables.
11. Definir un marco conjunto, estructurado, sistemático y continuado para la promoción de estilos de vida saludables en el ámbito escolar, en la Atención Primaria y en el entorno comunitario.

Líneas de actuación

1. Elaboración conjunta entre las Consejerías de Educación y Cultura y de Sanidad y Consumo, antes de finalizar 2004, del *Plan Regional de Educación para la Salud en la Escuela*, para el desarrollo de una educación en conocimientos, destrezas y valores de los alumnos en todos los ámbitos de la vida, personal, familiar, social y profesional, que facilite su desarrollo integral y la adquisición de estilos de vida saludables. Para ello se utilizarán las siguientes estrategias:
 - Estrategia curricular: Impulsar y potenciar el desarrollo curricular de la educación para la salud en toda la Región, como área transversal, no de forma aislada, de tal manera que los contenidos de salud impregnen las diferentes áreas curriculares a lo largo de todas las etapas del proceso educativo (Proyecto Educativo de Centro, Proyecto Curricular y Programaciones de Aula). Es fundamental contemplar y desarrollar contenidos de higiene y salud bucodental, seguridad y prevención de accidentes, salud mental, educación afectivo-sexual, alimentación, ejercicio físico y descanso, drogas, salud medioambiental...
 - Estrategia interdisciplinar: Implantación progresiva, en la escuela, de los profesionales de la salud, puesto que su colaboración y actuación conjunta con los profesionales de la enseñanza, contribuirá de manera decisiva a crear Escuelas Promotoras de Salud, en las que la prevención y promoción de la salud sean los ejes de actuación preferente de estos profesionales. Al mismo tiempo establecer los cauces de participación y colaboración de todos los sectores implicados (multisectorialidad).
 - Estrategia formativa: Actuar sobre la formación continuada del profesorado, incidiendo tanto en la formación del alumnado universitario cuanto en el propio profesorado no

Plan Regional de Educación para la Salud en la Escuela

Desarrollo curricular de la educación para la salud de forma transversal.

Implantación en la escuela de profesionales de la salud.

Formación continuada del profesorado

universitario. En el primer caso se introducirían contenidos de salud en la formación inicial universitaria y en el segundo mediante cursos de formación continuada en los Centros de Profesores y Recursos y otras Instituciones docentes.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo – Consejería de Educación y Cultura

Indicador: Elaboración del Plan Regional de Educación para la Salud en la Escuela

Nº de Centros Escolares que ponen en marcha el Plan Regional de Educación para la Salud en la Escuela / Nº de Centros Escolares totales en la Región de Murcia

Servicio de Educación para la Salud en la Escuela dentro de la Cartera de Servicios de Atención Primaria

2. Incorporación en la Cartera de Servicios de Atención Primaria, antes de finalizar el año 2004, del Servicio de Educación para la Salud en la Escuela, de acuerdo con los criterios y requisitos emanados del *Plan Regional de Educación para la Salud en la Escuela*

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo – Servicio Murciano de Salud

Indicador: Nº de Centros de Salud que han incorporado el Servicio de Educación para la Salud en la Escuela / Nº total de Centros de Salud en la Región de Murcia

Programa de Prevención y Control del Tabaquismo

3. Elaboración y puesta en marcha de un Programa de Prevención y Control del Tabaquismo, antes de finalizar el año 2004, que contemple, entre otros, los siguientes objetivos:

- Disminuir la prevalencia tabáquica, por medio de la prevención de la incorporación de nuevos fumadores, retraso de la edad de inicio y facilitación del abandono del hábito de fumar.
- Proteger la salud de la población del aire contaminado por el humo del tabaco, potenciando los espacios sin humo y promocionando la norma social de no fumar.
- Fomentar la coordinación y participación institucional y social.

Para alcanzar estos objetivos será necesario definir diversas actuaciones y estrategias informativas, educativas y formativas, asistenciales, legislativas, de coordinación y participación, investigación y evaluación.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo - SMS

Indicador: Elaboración y puesta en marcha del Programa de Prevención y Control del Tabaquismo

Revisión y actualización de la Cartera de Servicios de Atención Primaria para introducir los objetivos educativos para la prevención de factores de riesgo, enfermedades crónicas y cumplimiento terapéutico

4. Revisión y actualización, antes de finalizar el año 2004, de la Cartera de Servicios de Atención Primaria y de sus normas técnicas, para introducir los objetivos educativos necesarios para la prevención de factores de riesgo, enfermedades crónicas y cumplimiento terapéutico, especialmente diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares, EPOC y hábito de fumar.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo – Servicio Murciano de Salud

Indicador: N° de Servicios revisados y/o actualizados / N° total de Servicios relacionados con factores de riesgo y enfermedades crónicas

Promoción de la salud en transiciones vitales dentro de la Cartera de Servicios de Atención Primaria

5. Introducción o potenciación, en su caso, antes finalizar el año 2005, en la Cartera de Servicios de Atención Primaria de los Servicios de promoción de la salud relacionados con la atención a transiciones vitales, en especial las referidas a la ancianidad.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo - Servicio Murciano de Salud

Indicador: % de Centros de Salud de la Región de Murcia que ha puesto en marcha Servicios relacionados con la ancianidad

Alimentación equilibrada en los comedores escolares

6. Establecimiento de medidas específicas para controlar una alimentación equilibrada en los comedores escolares.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo – Consejería de Educación y Cultura

Indicador: N° de comedores escolares controlados que han adoptado una alimentación equilibrada / N° total de comedores escolares controlados

N° de comedores escolares controlados / N° total de comedores escolares

Potenciación de las directrices del Plan Regional de Inclusión Social

7. Potenciación, durante todo el período de implantación del Plan y en línea con las directrices emanadas del Plan Regional de Inclusión Social, de las acciones educativas dirigidas a las nuevas formas de exclusión social y en particular a inmigrantes, haciendo un especial hincapié en todos los aspectos relacionados con su integración social y sobre todo, en las áreas relacionadas con la alimentación, la higiene, la adhesión a programas de salud y el acceso a los servicios sanitarios.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo – Servicio Murciano de Salud - Consejería de Trabajo y Política Social

Indicador: N° de acciones educativas dirigidas a las nuevas formas de exclusión social

N° de personas que han participado en las distintas acciones educativas dirigidas a las nuevas formas de exclusión social

Acciones educativas dirigidas a mujeres y jóvenes

8. Promoción, durante todo el periodo de implantación del Plan, de las acciones educativas dirigidas a mujeres y jóvenes y no contempladas en otras líneas de actuación, especialmente aquellas en relación con accidentes, sexualidad y utilización de medidas preventivas.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo – Consejería de Educación y Cultura

Indicador: N° de acciones informativas y educativas dirigidas a mujeres y jóvenes

N° de mujeres y jóvenes que han accedido a las diferentes actividades formativas

Promoción de la adopción de estilos de vida saludables a través de los medios de comunicación de masas

9. Promoción, durante todo el periodo de implantación del Plan, a través de los medios de comunicación de masas, de la adopción de conductas y variables relacionadas con las mismas, asociadas en especial a la dieta equilibrada y mediterránea, ejercicio físico y consumo de tabaco y alcohol y en general, la adopción de estilos de vida saludables.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo

Indicador: N° de intervenciones por problema en los medios de comunicación por año y medio utilizado

Cumplimiento de la Ley sobre Drogas, para la prevención, asistencia e integración social.

10. Impulso y promoción del cumplimiento de la Ley 6/1997, de 22 de octubre, sobre “Drogas, para la prevención, asistencia e integración social” y desarrollo de las acciones preventivas y educativas derivadas del Plan Regional de Drogas.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo - Ayuntamientos

Indicador: N° de denuncias sobre consumo de alcohol y tabaco

N° de Entidades Locales y Mancomunales que desarrollan Planes Municipales de Prevención de Drogodependencias

N° de Asociaciones implicadas en la prevención de drogodependencias

N° de denuncias sobre consumo de alcohol y tabaco / N° total de actuaciones

Desarrollo de las acciones derivadas del Plan Regional de Drogas.

Si se quieren alcanzar las metas en salud, derivados de los objetivos generales, específicos y líneas de actuación, esto significa un compromiso no sólo para el Gobierno de la Comunidad Autónoma, sino para los profesionales, ciudadanos y otras instituciones, tal y cómo se pretende representar en el siguiente cuadro:

Gobierno Regional	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración y puesta en marcha del Plan Regional de Educación para la Salud en la Escuela • Adecuación de la cartera de servicios de Atención Primaria • Elaboración del Programa de Prevención y Control del Tabaquismo • Establecimiento de medidas de control de una alimentación equilibrada en comedores escolares • Fortalecimiento de las acciones emanadas del Plan Regional de Inclusión Social, especialmente en los aspectos de salud relacionados con inmigrantes • Promoción de acciones educativas dirigidas especialmente a mujeres y jóvenes • Promoción en los medios de comunicación de las conductas de vida saludables • Impulso a las iniciativas derivadas del Plan Regional de Drogas 	
Profesionales	Sanitario	Educativo
	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de la nueva cartera de servicios de Atención Primaria • Aplicación de las medidas derivadas del Programa de Prevención y Control del Tabaquismo • Aplicación de las directrices del Plan de Inclusión Social 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de las medidas derivadas del Plan Regional de Educación para la Salud en la Escuela
Ciudadanos	<ul style="list-style-type: none"> • Concienciación de la enorme repercusión de los estilos de vida en su salud y en consecuencia, adopción de estilos de vida saludables: <ul style="list-style-type: none"> – Tabaco, respeto de la legislación vigente y reducción del consumo de tabaco – Drogas, reducción del consumo – Dieta, control de la alimentación para evitar el sobrepeso – Ejercicio físico, aumento de la actividad física • Adopción de las medidas preventivas recomendadas en lo referente a accidentes 	
Instituciones	Sanitarias	Ayuntamientos y Centros educativos
	<ul style="list-style-type: none"> • Impulso en la adecuación de la nueva cartera de servicios de Atención Primaria y de los diferentes programas específicos en relación con estilos de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitación en la implantación de las medidas derivadas del Plan Regional de Educación para la Salud en la Escuela • Aplicación de las medidas de alimentación equilibrada en los comedores escolares • Puesta a disposición de los ciudadanos de actividades de ocio y tiempo libre

Área de Cáncer

Principales conclusiones del Análisis de Situación

El cáncer es la segunda causa de muerte en la Región de Murcia.

El cáncer es uno de los principales problemas de salud de la Región de Murcia ya que constituye la segunda causa de muerte en ambos sexos (supone el 27% del total de fallecimientos en hombres y el 18,5% en mujeres), manteniendo una tendencia creciente en los hombres con un promedio anual del 3%.

Esta situación se agrava aún si tenemos en cuenta que la patología oncológica afecta significativamente a población joven y adulta, lo que le convierte en la primera causa de mortalidad prematura en mujeres y la segunda en hombre. Sólo el cáncer de mama es responsable del 3,2% del total de años potenciales de vida perdidos y el cáncer de pulmón lo es en un 5,6%, en su mayoría en los hombres.

Los tumores más frecuentes son, en hombres, pulmón, colon-recto y vejiga y en mujeres, mama, colon-recto y cuerpo del útero.

En cuanto al estudio de la incidencia del cáncer durante el periodo 1993-1996, según el Registro de Cáncer de Murcia, los tumores más frecuentes en hombres fueron: pulmón (18,1%), colon-recto (12,8%) y vejiga (12,7%) y en mujeres: mama (28,5%), colon-recto (16,3%) y cuerpo del útero (10,4%), habiéndose producido un aumento de la incidencia global de casos por año para ambos sexos de alrededor de un 1,5%.

El área de salud de Cartagena, y en particular algunos municipios, presentan una incidencia elevada de ciertos tumores al comparar con la media regional.

Los principales factores de riesgo presentan una elevada prevalencia (tabaco, obesidad y sedentarismo).

Varios de los principales factores de riesgo evitables -tabaco, obesidad y sedentarismo- presentan una elevada prevalencia, con algunas tendencias preocupantes, como el tabaquismo en las mujeres y la dieta en los adolescentes, lo que urge a potenciar las medidas de prevención primaria para su control.

En opinión de los expertos es mejorable la aplicación de protocolos y guías clínicas en los centros asistenciales, así como los tiempos que transcurren entre la demanda de asistencia y el diagnóstico y entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento.

Asimismo, la elevada complejidad y gravedad del paciente oncológico requiere un importante esfuerzo en recursos y coordinación por parte del Sistema Sanitario que no siempre se ha conseguido. Existe un déficit en recursos de radioterapia, comparado con la situación media española, que contribuye a que se produzca un flujo de pacientes a otras Comunidades Autónomas para ser tratados.

Objetivos Generales

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes diagnosticados de cáncer.
- Contener el aumento en la incidencia de los tumores más prevalentes.

- Aumentar la supervivencia de los enfermos con tumores malignos
- Reducir la mortalidad producida por tumores malignos.

Objetivos Específicos

1. Reducir la prevalencia del hábito tabáquico
2. Fomentar las actividades de promoción de la salud para mejorar la prevención primaria del cáncer: tabaco, dieta y ejercicio físico.
3. Definir el marco de coordinación y colaboración de los diferentes agentes implicados en la prevención, tratamiento, apoyo psicológico y cuidados paliativos del paciente oncológico: Salud Pública, Atención Primaria, Atención Especializada y Servicios Sociales.
4. Mejorar la detección precoz de aquellos tumores en los que exista evidencia científica de la efectividad de las medidas propuestas.
5. Organizar el proceso asistencial oncológico dando prioridad a las necesidades del paciente, garantizando la continuidad de su asistencia.
6. Mejorar la adecuación, accesibilidad y calidad técnica de los servicios específicos ofrecidos en las distintas etapas de la historia natural del cáncer.
7. Mejorar los cuidados paliativos y el apoyo psicológico del paciente y su familia.
8. Mejorar los Sistemas de Información oncológicos de la Región de Murcia.

Líneas de Actuación

Prevención primaria del cáncer

1. Realización de actividades relativas a la prevención primaria del cáncer. (Ver los apartados correspondientes a tabaco, alimentación y ejercicio físico del capítulo de "Estilos de vida")

Plan Integral contra el Cáncer en la Región de Murcia

2. Diseño y puesta en marcha de un Plan Integral contra el Cáncer en la Región de Murcia, que abarque los sistemas de información, la prevención primaria, el diagnóstico precoz, la atención sanitaria, los cuidados paliativos, la investigación y la docencia.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo - Servicio Murciano de Salud.

Indicador: Terminación de la redacción del Plan Integral contra el Cáncer antes de julio del 2004.

Aplicación del Plan en todas las Áreas de Salud de la Región de Murcia antes de finalizado el período de vigencia del III Plan de Salud.

Detección precoz de los cánceres de mama y cérvix

3. Mantenimiento y desarrollo de la detección precoz en los cánceres de mama y cérvix, siguiendo las recomendaciones establecidas, basadas en la evidencia científica.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo - Servicio Murciano de Salud.

Indicador: Alcanzar el 70% de población diana captada por primera vez sobre el total de población diana en el programa de cáncer de mama.

% de mujeres entre 25-64 años con al menos una citología de cérvix en los últimos 5 años

Revisión de los programas de detección precoz del cáncer colo-rectal

4. Revisión de las estrategias y efectividad de los programas de detección precoz del cáncer colo-rectal, y evaluación de la aceptación y participación en un área piloto seleccionada entre las de mayor incidencia.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo Servicio Murciano de Salud

Indicador: Existencia de un informe concluyente sobre la procedencia del *programa de cribado* del cáncer colo-rectal antes de julio del 2004.

Realización y evaluación del programa piloto antes de finalizar 2005

Adecuación de la dotación de recursos para cumplir los objetivos del Plan Integral contra el Cáncer

5. Adecuación de la dotación de recursos necesarios para conseguir los objetivos del Plan Integral contra el Cáncer de la Región de Murcia, previo conocimiento de las nuevas tecnologías y evaluación de la disponibilidad de recursos.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo- Servicio Murciano de Salud

Indicador: Existencia de un Programa de Renovación e Innovación Tecnológica para el cáncer dentro del Plan Integral contra el Cáncer.

Continuidad asistencial para el paciente oncológico

6. Optimización del proceso asistencial alrededor de la figura del paciente afectado por patología oncológica, que garantice la continuidad asistencial con unos estándares de calidad en cualquier punto del Sistema

Responsable: Servicio Murciano de Salud

Indicador: Inclusión dentro del Plan Integral contra el Cáncer de una Guía Clínica de proceso y Protocolos de atención para los diez tumores más frecuentes y/o relevantes por su tendencia, prevención, etc.

Porcentaje de pacientes atendidos según guía y protocolo

Tiempo transcurrido entre el diagnóstico del proceso oncológico y el inicio del tratamiento.

Fortalecimiento de la atención domiciliaria a los pacientes terminales

7. Fortalecimiento de la atención domiciliaria a los pacientes terminales, mediante la coordinación de los programas de Atención Primaria con las Unidades Específicas de Atención a Domicilio y los Servicios Hospitalarios.

Responsable: Servicio Murciano de Salud

Indicador: Nº de pacientes terminales que reciben tratamiento domiciliario.

% de pacientes oncológicos terminales que fallecen en el hospital sobre el total.

Fortalecimiento de la colaboración con las asociaciones de apoyo psicosocial

8. Fortalecimiento de la colaboración con las asociaciones de apoyo psicosocial al paciente y a sus familias.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo

Indicador: Inclusión de los mecanismos de coordinación del Sistema Sanitario con las Asociaciones de Apoyo a los Pacientes Oncológicos.

Sistema de Información y Vigilancia Oncológica

9. Diseño y puesta en marcha, en el marco del Plan de Sistemas proyectado por la Consejería de Sanidad y Consumo, de un Sistema de Información y Vigilancia Oncológica que permita monitorizar y evaluar los indicadores del Plan Integral contra el Cáncer, a partir de la optimización y ampliación del registro poblacional de cáncer y los registros existentes en la actualidad.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo – Servicio Murciano de Salud.

Indicador: Puesta en marcha del Sistema de información descrito antes de finalizar el año 2005.

Monitorización de determinados compuestos químicos en los alimentos

10. Monitorización de determinados compuestos químicos, orgánicos e inorgánicos, susceptibles de inducir / promover casos de cáncer, y que sean vehiculizados por los alimentos.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo

Indicador: Nº de determinaciones de contaminantes del grupo I-IARC

Análisis de la situación de la incidencia del cáncer en el área de Cartagena

11. Realización de un estudio de incidencia de cáncer en el área de salud de Cartagena, con especial énfasis en los riesgos ocupacionales y, si procede, realizar estudios etiológicos para confirmar los resultados.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo –
Consejería de Trabajo y Política Social

Indicador: Existencia de un Informe antes de finalizar el año 2003. Ejecución de un estudio epidemiológico analítico, si procede, antes de finalizar el año 2005.

Si se quieren alcanzar las metas en salud, derivados de los objetivos generales, específicos y líneas de actuación, esto significa un compromiso no sólo para el Gobierno de la Comunidad Autónoma, sino para los profesionales, ciudadanos y otras instituciones, tal y cómo se pretende representar en el siguiente cuadro:

Gobierno Regional	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración y puesta en marcha del Plan Integral contra el cáncer en la Región de Murcia • Potenciación de las acciones encaminadas a la detección precoz de los cánceres de mama y cérvix • Revisión de los programas de detección precoz del cáncer colo-rectal • Diseño de un programa de Renovación e Innovación Tecnológica para el cáncer • Elaboración e implantación de Guías Clínicas para los 10 tumores más frecuentes y/o relevantes • Fortalecimiento de la atención domiciliaria a pacientes terminales • Colaboración con las asociaciones de apoyo psicosocial al paciente y familiares • Diseño del Sistema de Información y Vigilancia Oncológica • Monitorización de determinados compuestos químicos vehiculizados por los alimentos y susceptibles de inducir o promover casos de cáncer • Análisis de situación y posibles causas de la incidencia del cáncer en el área de Cartagena 	
Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboración en el diseño del Plan Integral contra el cáncer en la Región de Murcia • Colaboración en el diseño e implantación de las Guías clínicas de los diez tumores más frecuentes • Favoreciendo y participando, en la medida de lo posible, de la atención domiciliaria a pacientes terminales 	
Ciudadanos	<ul style="list-style-type: none"> • Adopción de hábitos de vida que contribuyan a la prevención primaria del cáncer: <ul style="list-style-type: none"> – Evitando el consumo de tabaco – Adoptando una dieta equilibrada – Aumentando la actividad física realizada • Colaboración, cuando les sea solicitada, en los programas de detección precoz del cáncer de mama y cérvix y, en su caso, del cáncer colo-rectal 	
Instituciones	Sanitarias	Ayuntamientos y Asociaciones de apoyo
	<ul style="list-style-type: none"> • Impulso a las medidas diseñadas en el Plan Integral contra el cáncer en la Región de Murcia • Participación activa en los programas de detección precoz de cáncer colo-rectal • Fortalecimiento de las medidas de atención domiciliaria (especialmente desde Atención Primaria) 	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboración en las medidas de atención domiciliaria y apoyo psicosocial al paciente y sus familias

Área de Enfermedades Cardiovasculares

Principales conclusiones del Análisis de Situación

La patología cardiovascular es la primera causa de muerte en la Región de Murcia.

A pesar de que la incidencia de la patología cardiovascular (considerando las manifestaciones cardíacas y cerebrales) en el área mediterránea es de las más bajas del mundo, si se consideran de manera conjunta constituyen, con mucho, la primera causa de muerte en la Región de Murcia, tanto en hombres como en mujeres (son responsables del 36,7% de las defunciones totales), e incluso, considerando por separado la enfermedad isquémica cardíaca y el ictus cerebral, también aparecen como las dos primeras causas de muerte en ambos sexos.

Alta prevalencia en la población adulta de hábitos nocivos evitables y de factores de riesgo como la hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes.

Además, se observa una alta prevalencia en la población adulta de hábitos nocivos evitables como el tabaquismo y la dieta rica en grasas; y de factores de riesgo relacionados con el desarrollo de este tipo de patologías: hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes, siendo cada vez más frecuente su coexistencia en un mismo individuo. En este sentido, llama la atención que hasta un 30% de los pacientes que requiere una coronariografía ha sido diagnosticado de diabetes con anterioridad.

Revolución de las modernas técnicas de coronariografía y fibrinólisis intravascular.

Otro aspecto a considerar en este tipo de patologías es la revolución que han supuesto las modernas técnicas de coronariografía y fibrinólisis intravascular, especialmente en el tratamiento de la cardiopatía isquémica, y que han transformado por completo el pronóstico y la calidad de vida de este tipo de pacientes, pero que también multiplican la necesidad de recursos que aseguren la coordinación y rapidez de la asistencia, así como la de su posterior reinserción social y laboral.

Mayor demanda de recursos de media y larga estancia para el tratamiento y rehabilitación de los pacientes.

Por último, otro campo en el que es preciso trabajar para mejorar es el de la rehabilitación de aquellos pacientes que han sufrido un proceso cardiovascular, especialmente ictus cerebral, como consecuencia del cual desarrollan secuelas que les incapacitan para hacer una vida normal. En esta línea, y teniendo en cuenta el progresivo envejecimiento de la población, también se aprecia una mayor demanda de recursos de media y larga estancia que permitan el tratamiento y rehabilitación de los pacientes que lo requieran.

Objetivos Generales

- Disminuir la incidencia de los procesos cardiovasculares.
- Disminuir la mortalidad de los procesos cardiovasculares.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados por procesos cardiovasculares.

Objetivos Específicos

1. Fomentar las actividades de promoción de la salud encaminadas a disminuir la prevalencia del tabaquismo y en general, a mejorar la prevención primaria de la patología vascular: dieta y ejercicio físico

2. Definir el marco de coordinación y colaboración de los diferentes agentes implicados en la prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción de la patología cardiovascular.
3. Mejorar la detección precoz y el control de pacientes con factores de riesgo: dislipemias, hipertensión y, muy especialmente, diabetes.
4. Reducir el tiempo transcurrido entre la aparición de la emergencia cardiovascular y la prestación de la asistencia requerida.
5. Organizar el proceso asistencial de la patología cardiovascular dando prioridad a las necesidades del paciente.
6. Mejorar la reinserción social, especialmente de los pacientes correctamente tratados de su cardiopatía isquémica, permitiendo su reincorporación a sus actividades habituales.
7. Mejorar los sistemas de información para conocer más fielmente los resultados epidemiológicos y de actividad asistencial en el tratamiento de la patología cardiovascular.

Líneas de Actuación

Prevención primaria de tabaquismo y obesidad

1. Realización de actividades relativas a la prevención primaria del tabaquismo y la obesidad (Ver el capítulo de "Estilos de Vida").

Plan de Atención al Proceso Cardiovascular

2. Diseño y puesta en marcha de un Plan de Atención del Proceso Cardiovascular que abarque la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y reinserción, garantizando la cobertura integral de las necesidades del paciente.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo - Servicio Murciano de Salud.

Indicador: Redefinición e impulso del Comité Asesor Regional de enfermedades cardiovasculares para la elaboración del Plan de Atención del Proceso Cardiovascular antes de finalizar el año 2003.

Terminación de la redacción del Plan de Atención del Proceso Cardiovascular antes de finalizar el año 2004.

Implantación del Plan en todas las Áreas de Salud de la Región de Murcia antes de la finalización del período de vigencia del III Plan de Salud.

Campañas de control de los principales factores de riesgo

3. Mantenimiento y desarrollo de las campañas de control de los principales factores de riesgo: hipertensión, dislipemias y, especialmente, diabetes en la población diana según determine el Plan de Atención del Proceso Cardiovascular:

Responsable: Servicio Murciano de Salud.

Indicador: Establecimiento de un protocolo único para el control y educación de la población con factores de riesgo cardiovascular en los Centros de Atención Primaria dentro del Plan de Atención del Proceso Cardiovascular.

% de historias clínicas de población diana que recogen las determinaciones mínimas marcadas en el Plan de Atención del Proceso Cardiovascular.

Programa de Actuación del 061 y los Servicios de Urgencias

4. Definición de un Programa de Actuación del 061 y de los servicios de Urgencias de Atención Primaria y especializada que regule la asistencia a los procesos cardiovasculares más importantes: cardiopatía isquémica e ictus cerebral.

Responsable: Servicio Murciano de Salud.

Indicador: Existencia del Programa de Actuación para la asistencia de procesos cardiovasculares dentro del Plan de Atención al Paciente con Patología Cardiovascular.

Cumplimiento de los tiempos de respuesta en las actuaciones de urgencia propuestas en dicho Programa.

Continuidad asistencial de los pacientes con patología cardiovascular

5. Optimización del proceso asistencial alrededor de la figura del paciente con patología cardiovascular, que garantice la continuidad asistencial con unos estándares de calidad en cualquier punto del Sistema.

Responsable: Servicio Murciano de Salud.

Indicador: Diseño de guías clínicas y protocolos de atención al paciente con cardiopatía isquémica e ictus cerebral dentro del Plan de Atención del Proceso Cardiovascular.

Evaluación de las nuevas tecnologías y estructuras organizativas para el tratamiento del ictus cerebral

6. Evaluación de las nuevas tecnologías y estructuras organizativas para el tratamiento del ictus cerebral.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo – Servicio Murciano de Salud.

Indicador: Realización de un estudio sobre la oportunidad de incorporar las nuevas técnicas terapéuticas de fibrinólisis en el ictus cerebral, antes de finalizar el año 2004.

Seguimiento del paciente correctamente tratado de cardiopatía isquémica

7. Fortalecimiento del seguimiento al paciente correctamente tratado de cardiopatía isquémica, que mejore su educación sobre la patología

vascular cardiaca, mejore el control posterior de los factores de riesgo y aumente su reincorporación a las actividades habituales.

Responsable: Servicio Murciano de Salud

Indicador: Existencia de un protocolo de control del paciente infartado dentro del Plan de Atención del Proceso Cardiovascular.

% de pacientes que han sufrido un episodio de isquemia cardiaca que realizan rehabilitación.

Índice de reincorporación laboral de los pacientes que han sufrido un episodio de cardiopatía isquémica.

*Sistema de Información y
Vigilancia de procesos
Cardiovasculares*

8. Diseño y puesta en marcha, en el marco del Plan de Sistemas proyectado por la Consejería de Sanidad y Consumo, de un Sistema de Información y Vigilancia para procesos cardiovasculares que permita monitorizar y evaluar los indicadores del Plan de Atención del Proceso Cardiovascular, a partir de la optimización y ampliación de los registros existentes en la actualidad.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo - Servicio Murciano de Salud.

Indicador: Funcionamiento a pleno rendimiento del Sistema de información descrito, antes de finalizar el 2005.

Si se quieren alcanzar las metas en salud, derivados de los objetivos generales, específicos y líneas de actuación, esto significa un compromiso no sólo para el Gobierno de la Comunidad Autónoma, sino para los profesionales, ciudadanos y otras instituciones, tal y cómo se pretende representar en el siguiente cuadro:

Gobierno Regional	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración y puesta en marcha de un Plan de Atención del Proceso Cardiovascular • Mantenimiento y desarrollo de las campañas de control de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares • Diseño del programa de actuación del 061 ante la cardiopatía isquémica y el ictus cerebral • Evaluación de las nuevas tecnologías para el tratamiento del ictus cerebral • Elaboración e implantación de Guías Clínicas para los procesos de cardiopatía isquémica e ictus cerebral • Fortalecimiento del proceso de rehabilitación del paciente con cardiopatía isquémica • Diseño del nuevo Sistema de Información y Vigilancia en relación con procesos cardiovasculares 	
Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboración en el diseño y aplicación de las medidas derivadas del Plan de Atención del Proceso Cardiovascular • Colaboración en el diseño e implantación de las Guías clínicas de cardiopatía isquémica e ictus cerebral • Participación en el control de los principales factores relacionados con la patología cardiovascular en población de riesgo • Facilitación de información sobre la trascendencia del control de los factores de riesgo 	
Ciudadanos	<ul style="list-style-type: none"> • Concienciación de la importancia que tiene los estilos de vida en la aparición de los factores de riesgo evitables relacionados con la patología cardiovascular • Implicación en aquellas actividades relacionadas con la prevención del tabaquismo y la obesidad • Convencimiento de las posibilidades de reinserción laboral en el caso de los pacientes correctamente tratados de su cardiopatía 	
Instituciones	Sanitarias	Universidad y centros de investigación
	<ul style="list-style-type: none"> • Implicación en la puesta en marcha de las medidas diseñadas en el Plan de Atención del Proceso Cardiovascular • Implicación en la detección del riesgo cardiovascular • 061: aplicación de las medidas ante la cardiopatía isquémica y el ictus 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de las nuevas tecnologías y estructuras organizativas para el tratamiento del ictus cerebral

Área de Enfermedades Transmisibles

*Tuberculosis y
VIH/ SIDA*

Dentro de las enfermedades transmisibles se han priorizado dos áreas que tienen una gran importancia en la Región de Murcia, debido tanto a su incidencia y al impacto social que generan, como a la factibilidad de su abordaje. Se trata de la tuberculosis y del VIH/SIDA, dos problemas de salud íntimamente relacionados y para los cuales se identifican objetivos y líneas de actuación en este apartado.

Asimismo, en el apartado relativo a niño-joven se aborda la problemática de las enfermedades transmisibles inmunoprevenibles en calendario vacunal.

Principales conclusiones del Análisis de Situación

Tuberculosis

La incidencia de tuberculosis respiratoria en la Región de Murcia es inferior a la media de España desde 1992. En lo que se refiere al total de casos de tuberculosis, si bien muestra una tendencia favorable en los últimos años, continúa siendo elevado en relación a la media de Europa.

Sin embargo, al mismo tiempo que se observa una disminución de la incidencia anual, es muy llamativo el aumento de la proporción de casos de inmigrantes en el total de casos de tuberculosis en los últimos años, pasando del 1,5% de los casos en 1997, al 37,3% en el año 2002, aumento que coincide con un importante incremento de personas extranjeras en la Región. Cabe destacar, no obstante, que en la génesis de la tuberculosis en población inmigrante uno de los factores más relevantes es la situación de precariedad, infravivienda y hacinamiento en que muchas de las personas de este colectivo viven en la Región.

Se observa una importante interacción entre la tuberculosis y la infección por VIH, siendo éste el principal factor de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad, seguido del antecedente de alcoholismo y el ser (o haber sido) usuario de drogas por vía parenteral.

La tasa media de curación de los casos de tuberculosis en población autóctona es bastante alta. No obstante, existe una alta proporción de pérdida / abandono del tratamiento antituberculoso en indigentes y personas con distocia social. En el caso de inmigrantes predominan las pérdidas en el control del enfermo, debido a la gran movilidad geográfica de este colectivo.

No se alcanzan todavía, en general, los niveles de resultado del tratamiento antituberculoso recomendados por la Organización Mundial de la Salud para lograr un control efectivo de la enfermedad: existe un elevado porcentaje de resultados potencialmente insatisfactorios, destacándose la alta proporción de casos con información insuficiente en la historia clínica y con historia clínica no encontrada. De este modo, resulta especialmente importante intensificar las actividades de trabajo social para la obtención de datos que permita la localización posterior de los pacientes.

VIH / SIDA

Los efectos de los tratamientos antirretrovirales altamente activos han modificado notablemente la incidencia de casos de SIDA, de modo que ha

*El total de casos
continúa siendo
elevado en relación a
la media de Europa.*

*Se observa una
importante interacción
entre la tuberculosis y
la infección por VIH.*

*Existe una alta
proporción de pérdida/
abandono del
tratamiento
antituberculoso en
indigentes y personas
con distocia social.*

*En general, no se
alcanzan los niveles de
resultado del
tratamiento
antituberculosis
recomendados por la
Organización Mundial
de la Salud.*

perdido fiabilidad como indicador de la transmisión del VIH. De este modo, la información proveniente de nuevos diagnósticos de infección VIH aportaría una imagen más actualizada de la situación de la infección. En la Región de Murcia no se dispone, sin embargo, de un sistema de información que permita este registro.

El año 2000 ha sido el primer año en que la incidencia de SIDA en la Región de Murcia ha superado al promedio estatal.

La incidencia de SIDA presentó en 1997 y 1998 una importante disminución en la Región de Murcia, la cual se ha visto ralentizada a partir de 1999. Este hecho, unido al continuado descenso ocurrido a nivel estatal, ha tenido como consecuencia que el año 2000 haya sido el primer año desde que se inició la epidemia en que la incidencia de SIDA ha sido más elevada en la Región de Murcia que el promedio estatal (63,9 casos por millón en la región y 61,0 en España), tendencia que se confirma con la previsión de datos para el año 2001.

El porcentaje de mujeres con SIDA está aumentando.

En la distribución según sexo de los casos acumulados de SIDA, la proporción de hombres es muy superior a la de mujeres tanto en la Región de Murcia como en España. Sin embargo, al analizar esta distribución en diferentes periodos, se observa que el porcentaje de mujeres está aumentando, habiendo pasado desde el 11% en el periodo 1981-1990, a un 20% en el quinquenio 1997-2001. Asimismo, en el periodo 2000-2001 no se notificó ningún caso de transmisión madre-hijo en la Región de Murcia pero en el año 2002 se ha registrado un nuevo caso.

Existe un porcentaje de pacientes que desarrollan SIDA sin haber sido diagnosticados previamente de su infección por VIH.

Cabe señalar también el hecho de que existe un porcentaje de pacientes que desarrollan SIDA sin haber sido diagnosticados previamente de su infección VIH y por tanto, sin haberse podido beneficiar de los tratamientos para la infección. En la Región de Murcia existe un mayor porcentaje de casos de SIDA diagnosticados tardíamente de infección VIH si se compara con el promedio estatal.

La principal estrategia para la prevención y control del SIDA sigue siendo la información y la educación sanitaria sobre aspectos relacionados con la infección por VIH.

A pesar de todos los esfuerzos y avances realizados hasta la fecha en investigación tanto a nivel clínico como farmacológico, la principal estrategia para la prevención y control del SIDA sigue siendo la información y la educación sanitaria sobre aspectos relacionados con la infección por VIH, junto con diversas medidas de promoción de salud tendentes hacia la consecución de un medio social solidario y responsable, una adecuada organización de los servicios sanitarios y la reducción del impacto de esta epidemia en la sociedad.

En este sentido, desde la Dirección General de Salud Pública se han venido desarrollando diversas actividades de información y educación dirigidas a distintos grupos de población de la Región, actividades que es preciso seguir potenciando a lo largo del quinquenio 2003-2007.

Objetivos Generales

- Disminuir la incidencia y mortalidad de la tuberculosis
- Reducir la incidencia de VIH/SIDA
- Aumentar la supervivencia y calidad de vida de las personas afectadas por VIH/SIDA

Objetivos Específicos

Tuberculosis

1. Detectar precozmente la enfermedad y la infección tuberculosa en contactos y grupos de riesgo.
2. Conocer la sensibilidad a los antibióticos de las cepas de *Mycobacterium tuberculosis* aisladas de todos los enfermos.
3. Asegurar el cumplimiento terapéutico en todos los pacientes tratados
4. Garantizar la recogida completa de datos de los pacientes de tuberculosis en todos los centros sanitarios.

VIH / SIDA

5. Fomentar hábitos y habilidades para la promoción y protección de la salud en relación con el VIH/SIDA.
6. Potenciar la detección precoz de VIH en la población.
7. Mejorar la atención sanitaria de los enfermos de SIDA.
8. Mejorar la reinserción social de los enfermos de SIDA.
9. Conocer la incidencia de infección por VIH en la Región de Murcia.

Líneas de Actuación

Tuberculosis

Protocolo específico para el diagnóstico precoz de la infección y la enfermedad tuberculosa

1. Elaboración de un protocolo específico para el diagnóstico precoz de la infección y la enfermedad tuberculosa en grupos de riesgo y contactos.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo – Servicio Murciano de Salud

Indicador: Elaboración del protocolo antes de julio del 2004.

Potenciación de los servicios sociales e integración de sus actividades en las Zonas Básicas de Salud

2. Potenciación de los servicios sociales e integración de sus actividades en las Zonas Básicas de Salud para garantizar la captación de inmigrantes y otros colectivos con distocia social, antes de finalizar el año 2005.

Responsable: Servicio Murciano de Salud– Entidades locales

Indicador: % de seguimiento del tratamiento

Antibiograma obligatorio a todos los aislamientos de micobacterias

3. Establecimiento de la obligatoriedad de realizar un antibiograma de todos los aislamientos de micobacterias, antes de finalizar el año 2005.

Responsable: Servicio Murciano de Salud

Indicador: Aislamientos de micobacterias a los que se ha realizado un antibiograma / Aislamientos de micobacterias totales

Control y seguimiento de los casos de tuberculosis detectados en los mataderos

4. Establecimiento de medidas de control y seguimiento de los casos de tuberculosis detectados en los mataderos de la Región, para el aislamiento e identificación de micobacterias y su posible vinculación con los casos de tuberculosis humana.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo.

Indicador: Elaboración y puesta en marcha de los protocolos de investigación, antes de finalizar el año 2003.

Infraestructuras con garantía de aislamiento respiratorio en los hospitales donde se tratan enfermos de tuberculosis

5. Garantía del aislamiento respiratorio en todos los hospitales de la región de Murcia donde se tratan enfermos de tuberculosis, antes de finalizar el año 2004.

Responsable: Servicio Murciano de Salud

Indicador: Nº de hospitales que disponen de unidades que reúnen los requisitos de aislamiento respiratorio / Nº de hospitales totales donde se tratan enfermos de tuberculosis

Implantación del Tratamiento Observado Directamente

6. Implantación, antes de finalizar el año 2005, del "Tratamiento Observado Directamente" (TOD) en grupos de pacientes con baja adherencia al tratamiento antituberculoso.

Responsable: Servicio Murciano de Salud

Indicador: Nº de pacientes en tratamiento observado directamente / Nº total de pacientes tratados

Programa de calidad post- tratamiento del 100% de historias clínicas

7. Puesta en marcha de un programa de calidad de control post-tratamiento del 100% de historias clínicas, que garantice la recogida del seguimiento completo en la historia clínica de todos los pacientes de tuberculosis.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo - Servicio Murciano de Salud

Indicadores: Puesta en marcha del programa de calidad de historias clínicas de pacientes con tuberculosis antes del finalizar el año 2005.

Historias clínicas incluidas en el programa de calidad de historias clínicas de pacientes con tuberculosis / Historias clínicas totales de pacientes con tuberculosis

Declaración telemática de las Enfermedades de Declaración Obligatoria

8. Declaración telemática de las Enfermedades de Declaración Obligatoria por los médicos desde todos los centros asistenciales a servicios centrales en el marco del Plan Director de Sistemas de Información.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo – Servicio Murciano de Salud.

Indicadores: Existencia de un Sistema de recogida de datos de Enfermedades de Declaración Obligatoria informatizado antes de finalizar el año 2005.

Centros asistenciales de la Región de Murcia incluidos en la red de vigilancia epidemiológica / Centros asistenciales totales de la Región de Murcia

VII / SIDA

Plan para la atención integral de los enfermos de SIDA

9. Elaboración de un Plan para la atención integral de los enfermos de SIDA que contemple, entre otros elementos, la prevención de nuevas infecciones, la movilización y coordinación de los esfuerzos contra la infección por VIH/SIDA y la colaboración con asuntos sociales para la reducción del impacto negativo personal y social de la epidemia.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo – Servicio Murciano de Salud – Consejería de Trabajo y Política Social

Indicadores: Elaboración del Plan antes de finalizar el año 2004.

Guías sobre SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual traducidas a los idiomas nativos de los inmigrantes.

- 10 Edición y difusión a inmigrantes de guías sobre SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, traducidas a sus idiomas nativos, antes de finalizar el año 2003.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo

Indicadores: Nº de ejemplares distribuidos

Garantizar la oferta de la prueba de VIH a toda la población que lo desee

- 11 Implantación y potenciación, en los centros asistenciales de la Región de Murcia, de protocolos que garanticen la oferta de la prueba de VIH a toda la población que desee que se le realice y en particular, al 100% de las personas que se encuentran dentro de colectivos con prácticas de riesgo, personas con contactos de riesgo o con manifestaciones clínicas centinela y al 100% de las mujeres embarazadas.

Responsable: Servicio Murciano de Salud.

Indicadores: Implantación de un protocolo que garantice la prueba del VIH a todas las personas que así lo soliciten antes de finalizar el año 2003.

Implantación de un protocolo que garantice la prueba del VIH al 100% de personas que se encuentran dentro de colectivos con prácticas de riesgo, personas con contactos de riesgo y personas con manifestaciones clínicas centinela antes de finalizar el año 2003.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres con analítica de VIH}}{\text{N}^\circ \text{ de mujeres embarazadas}} \times 100$$

*Sistema de Información y
Vigilancia de VIH/SIDA*

12. Diseño y puesta en marcha, en el marco del Plan de Sistemas proyectado por la Consejería de Sanidad y Consumo, de un Sistema de Información y Vigilancia para VIH/SIDA que permita el conocimiento de los casos de infección por VIH (en cualquiera de sus estadios) de la Región de Murcia:

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo SMS

Indicador: Implantación del sistema de información descrito antes de finalizar el año 2004.

Si se quieren alcanzar las metas en salud, derivados de los objetivos generales, específicos y líneas de actuación, esto significa un compromiso no sólo para el Gobierno de la Comunidad Autónoma, sino para los profesionales, ciudadanos y otras instituciones, tal y cómo se pretende representar en el siguiente cuadro:

Gobierno Regional	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de un protocolo específico para el diagnóstico de la infección y enfermedad tuberculosa en grupos de riesgo • Dotación a los equipos de atención primaria de recursos sociales para captar a determinados colectivos • Activación de medidas de control de casos de tuberculosis detectados en los mataderos • Puesta en marcha del Tratamiento Observado Directamente • Realización de un programa de calidad del control post-tratamiento de las historias clínicas • Declaración telemática de las Enfermedades de Declaración Obligatoria • Puesta en marcha de un programa de prevención del VIH-SIDA • Edición y difusión de guías sobre SIDA y enfermedades de transmisión sexual • Oferta de detección del VIH a toda la población que lo desee • Elaboración de un Plan para la atención integral de los enfermos de SIDA • Implantación de un nuevo sistema de seguimiento del SIDA 	
Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en la elaboración y aplicación del Plan para la atención integral de los enfermos de SIDA • Participación en la elaboración e implantación del protocolo de diagnóstico de la enfermedad tuberculosa en grupos de riesgo • Rigurosidad en la declaración telemática de las enfermedades de declaración obligatoria 	
Ciudadanos	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del tratamiento antituberculoso en los tiempos y a las dosis prescritas • Concienciación de su responsabilidad en la transmisión del VIH y su posible control a través de la evitación de las prácticas de riesgo • Participación activa en la reinserción de los enfermos de SIDA controlados mediante el tratamiento 	
Instituciones	Sanitarias	Otros
	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitación de la aplicación de los protocolos y guías • Facilitación de la realización de la detección de VIH • Organización de las estructuras de aislamiento respiratorio • Realización del antibiograma de todos los aislamientos de micobacterias 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuntamiento: Colaboración en la aplicación de los protocolos especiales frente a los casos de tuberculosis y SIDA • Medios de comunicación: difusión de los mensajes de protección para determinados colectivos

Área de Salud Mental

Principales conclusiones del Análisis de Situación

Los trastornos mentales son uno de los principales problemas de salud y uno de los objetivos prioritarios de las políticas sanitarias nacionales e internacionales.

4 de las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo corresponden a trastornos mentales.

La comorbilidad de los trastornos mentales es muy importante.

En el Programa de Adultos de la Región de Murcia, los diagnósticos que predominan entre los primeros caso son las neurosis y los trastornos afectivos.

En el Programa infanto-juvenil son otros trastornos de las emociones y del comportamiento o tics y los trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.

A pesar de la dificultad para precisar con exactitud el peso de los trastornos mentales, en el informe de la Organización Mundial de la Salud, "Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Organización Mundial de la Salud 2001", se reconoce a los trastornos mentales como uno de los principales problemas de salud y uno de los objetivos prioritarios de las diversas políticas sanitarias internacionales y nacionales.

Las conclusiones expuestas en el documento de la OMS son:

- 4 de las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo corresponden a los trastornos mentales y un único trastorno mental, la depresión, es la causa principal de discapacidad a nivel mundial.
- Se calcula que los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo con un impacto epidemiológico importante (entre un 20 y un 30% de la población presenta trastornos mentales a lo largo de la vida).
- Alrededor del 24% de todos los pacientes atendidos en el ámbito de Atención Primaria padecía un trastorno mental.
- La comorbilidad de estos trastornos es muy importante, presentándose en solitario o asociados a uno o más trastornos orgánicos.

Según datos del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos de la Región de Murcia, en la evolución de los primeros casos atendidos en los Centros de Salud Mental y en los Centros de Atención a Drogodependientes, se observa un ligero descenso progresivo a lo largo del periodo 1998-2001 en el Programa de Adultos y en el de Drogodependencias, si bien en el Programa Infanto-juvenil se mantiene estable. En este mismo periodo se constata un aumento progresivo del conjunto de casos atendidos en los tres programas mencionados.

En el Programa de Adultos de la Región de Murcia, los dos diagnósticos que predominan entre los primeros casos son las neurosis y los trastornos afectivos.

En el Programa Infanto-juvenil, los dos diagnósticos predominantes son otros trastornos de las emociones y del comportamiento o tics y los trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.

Al analizar la frecuencia por géneros en los diferentes diagnósticos en el Programa de Adultos, los cuadros afectivos y las neurosis, junto con los trastornos mentales orgánicos, los trastornos de la conducta alimentaria afectan principalmente a las mujeres, mientras entre las psicosis esquizofrénicas y los trastornos de personalidad predominan entre el género masculino.

En el Programa de Infanto-Juvenil, existe un predominio generalizado de la patología entre los niños-adolescentes, excepto en los cuadros de ansiedad

y depresión y en los trastornos de la conducta alimentaria que predominan entre las niñas-adolescentes.

Destaca la alta morbi-mortalidad relacionada con el abuso de drogas legales

Finalmente, destaca la alta morbi-mortalidad relacionada con el abuso de drogas legales (alcohol y tabaco) que, sin menoscabo de la atención prestada al resto de conductas adictivas, tendrá una atención especial en el presente Plan de Salud.

Objetivos Generales

- Disminuir el impacto de la cronicidad de los trastornos mentales.
- Reducir la comorbilidad asociada a los trastornos mentales.
- Disminuir la discapacidad asociada a los trastornos mentales.

Objetivos Específicos

1. Fomentar la promoción de la salud que favorezcan la prevención primaria de los trastornos mentales y drogadicciones.
2. Mejorar coordinación entre los diferentes agentes implicados en el abordaje a los problemas de Salud Mental: Servicios Asistenciales (Salud Mental y Atención Primaria), Servicios Sociales, Educación y Justicia, de forma que se garantice una utilización eficiente de los recursos disponibles.
3. Mejorar la detección precoz de patologías mentales, incluidas las drogodependencias, con especial atención a las drogas legales (alcohol y tabaco).
4. Unificar, adecuándolos a las necesidades, los recursos estructurales y humanos específicos para la atención a los problemas de Salud Mental en todas las áreas.
5. Implementar acciones y dotar recursos específicos en Rehabilitación, Psicogeriatría e Infanto-Juvenil.
6. Mejorar el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos para disponer de la información necesaria para la planificación y gestión y que garantice la continuidad de cuidados entre los diferentes dispositivos de la red de Salud Mental.

Líneas de Actuación

1. Fomento de la realización de actividades relativas a la promoción de estilos de vida contrarios al uso y abuso de drogas (ver el capítulo de "Estilos de vida")
2. Diseño y puesta en marcha del 3º Plan de Salud Mental y Drogodependencias de la Región de Murcia que abarque la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación y reinserción social, avanzando hacia una cobertura integral de la enfermedad mental y drogadicción. El Plan de Salud Mental incluirá el diseño del marco competencial y de coordinación

Promoción de estilos de vida contrarios al abuso de drogas

III Plan de Salud Mental y Drogodependencias de la Región de Murcia

entre los diferentes agentes implicados (Atención Especializada-Atención Primaria, Servicios Sociales, Educación y Justicia) y la creación de comisiones mixtas al respecto.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo – Servicio Murciano de Salud.

Indicador: Terminación de la redacción del Plan de Salud Mental y Drogodependencias, antes de finalizar el año 2003.

Implantación del Plan en toda la Región de Murcia antes de finalizado el periodo de vigencia del Plan de Salud.

Continuidad asistencial del paciente con trastornos mentales

3. Optimización del proceso asistencial alrededor de la figura del paciente con trastornos mentales, que garantice la continuidad de la asistencia, con unos estándares de calidad en cualquier punto del Sistema.

Responsable: Servicio Murciano de Salud.

Indicador: Diseño una guía clínica y protocolos de atención al paciente con alteraciones mentales antes de finalizar 2005.

Potenciación de recursos específicos para la atención de trastornos mentales infanto-juveniles

4. Potenciación de recursos específicos para la atención de los trastornos mentales específicos Infanto-Juveniles.

Responsable: Servicio Murciano de Salud - Consejería de Educación y Cultura

Indicador: Desarrollo de recursos específicos para la atención integral de pacientes con trastornos mentales atendidos en el Programa de Infanto-Juvenil.

Diseño y puesta en funcionamiento de una Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Programas específicos de psicogeriatría

5. Diseño y puesta en marcha de programas específicos de psicogeriatría.

Responsable: Servicio Murciano de Salud - Consejería de Trabajo y Política Social

Indicador: Diseño e implantación de protocolos específicos para la atención integral de pacientes geriátricos con trastornos mentales

Existencia de protocolos de derivación entre Salud Mental y los Servicios Sociosanitarios y/o Sociales

Desarrollo de un programa de Formación
Continuada específico sobre la materia

*Programas específicos de
rehabilitación psiquiátrica*

6. Diseño y puesta en marcha de programas específicos de Rehabilitación Psiquiátrica.

Responsable: Servicio Murciano de Salud - Consejería de Trabajo y Política Social.

Indicador: Diseño e implantación de protocolos específicos para la atención integral en programas de Rehabilitación de pacientes con trastornos mentales, dentro del 3º Plan de Salud Mental y Drogodependencias.

*Sistema de Información y
Vigilancia de Salud Mental*

7. Diseño y puesta en marcha, en el marco del Plan de Sistemas proyectado por la Consejería de Sanidad y Consumo, de un sistema de información de registro de Salud Mental capaz de monitorizar los datos necesarios para el seguimiento de los objetivos generales acordados, a partir de la optimización de los registros existentes en la actualidad.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo - Servicio Murciano de Salud.

Indicador: Funcionamiento a pleno rendimiento del Sistema de Información descrito anteriormente, antes de finalizar el año 2005.

Si se quieren alcanzar las metas en salud, derivados de los objetivos generales, específicos y líneas de actuación, esto significa un compromiso no sólo para el Gobierno de la Comunidad Autónoma, sino para los profesionales, ciudadanos y otras instituciones, tal y cómo se pretende representar en el siguiente cuadro:

Gobierno Regional	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración y puesta en marcha del 3º Plan de Salud Mental y Drogodependencias • Elaboración de protocolos y guías clínicas de aquellos trastornos mentales más importantes • Potenciación de recursos específicos para asistir los trastornos mentales infanto-juveniles • Diseño y puesta en marcha de programas de psicogeriatría • Diseño y puesta en marcha de programas de rehabilitación psiquiátrica • Diseño del registro de Salud Mental 	
Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en el diseño y puesta en marcha del 3º Plan de Salud Mental y Drogodependencias • Participación en la recogida y detección de factores de riesgo, especialmente relacionados con el consumo y abuso del alcohol y drogas • Participación en la elaboración y aplicación de los protocolos y guías clínicas • Colaboración en el diseño del Registro de Salud Mental 	
Ciudadanos	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en el mantenimiento de la salud mental, evitando las conductas potencialmente de riesgo, así como adoptando estilos de vida contrarios al consumo y abuso del alcohol y drogas • Utilización de los recursos que el sistema pone a su disposición lo más precozmente posible 	
Instituciones	Sanitarias	Ayuntamiento y otras organizaciones sociales
	<ul style="list-style-type: none"> • Impulso a las medidas contenidas en el 3º Plan de Salud Mental y Drogodependencias • Impulso a la aplicación de los protocolos específicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboración con los programas de psicogeriatría y rehabilitación psiquiátrica

Área de Diabetes

Principales conclusiones del Análisis de Situación

La diabetes mellitus tiene una elevada tasa de morbilidad, mortalidad e invalidez.

La diabetes mellitus supone un importante problema de salud por la elevada tasa de morbilidad, mortalidad e invalidez que produce, así como por constituir uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

En la Región de Murcia, es la tercera causa de muerte en mujeres y la novena en hombres.

Desde el punto de vista de la mortalidad que ocasiona, la diabetes mellitus constituye en la Región de Murcia la tercera causa de muerte en mujeres y la novena en hombres, a lo que hay que sumar la gran asociación con otra de las principales causas de muerte: El infarto agudo de miocardio, dónde uno de cada tres pacientes tiene el diagnóstico de diabetes entre sus antecedentes personales, razón que aumenta a uno de cada dos, a medida que lo hace la edad del grupo estudiado (mayores de 74 años).

Existe una elevada presencia del principal factor de riesgo evitable: el sobrepeso / obesidad.

En cuanto a la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 en la Región de Murcia es de un 10%, probablemente a expensas de la elevada presencia de su principal factor de riesgo evitable, el sobrepeso / obesidad, que según datos de 1992 afectaba a 6 de cada 10 murcianos. Este hecho parece muy relacionado con la desviación del patrón nutricional recomendado, con excesiva carga grasa y proteica y la baja prevalencia de la práctica regular de actividad física en la población murciana.

Actualmente el control metabólico de los pacientes a pesar de la instauración del tratamiento no es el adecuado.

Por último, cabe destacar la especial naturaleza de la patología diabética como enfermedad crónica controlada mediante tratamiento; de abordaje multidisciplinar y que requiere de un alto grado de responsabilidad por parte del paciente para mejorar su evolución natural.

En este sentido sabemos, por ejemplo, que actualmente el control metabólico de los pacientes a pesar de la instauración del tratamiento no es el adecuado, sólo un 25% de los mismos presentan valores de hemoglobina glicosilada por debajo de 7, según el último estudio epidemiológico, lo que pone de manifiesto la necesidad de dar un impulso desde el III Plan de Salud de la Región de Murcia a la coordinación de todos los responsables de la atención del proceso diabético, fundamentalmente profesionales y pacientes, para obtener los resultados deseados.

Objetivos Generales

- Disminuir la incidencia y prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2.
- Disminuir la incidencia y prevalencia de las complicaciones vasculares más importantes en el paciente diabético, en concreto:
 - La enfermedad isquémica cardiaca.
 - La insuficiencia renal.
 - Las amputaciones no traumáticas.
 - La amaurosis.
- Disminuir las complicaciones durante el embarazo.
- Mejorar la calidad de vida del paciente diabético.

Objetivos Específicos

1. Fomentar las actividades de promoción de la salud encaminadas a disminuir la prevalencia de sobrepeso y obesidad, principales factores de riesgo evitables de la diabetes mellitus tipo 2.
2. Definir el marco de coordinación y colaboración de los diferentes agentes implicados en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la patología diabética y sus complicaciones.
3. Mejorar la detección precoz de la diabetes mellitus tipo 2 en la población de riesgo.
4. Ofrecer el acceso a una educación diabetológica adecuada al paciente diabético, que le asegure el conocimiento y el correcto control de su enfermedad.
5. Organizar el proceso asistencial de la patología diabética dando prioridad a las necesidades del paciente.
6. Mejorar el control metabólico de los pacientes diabéticos tratados, por estar estrechamente relacionado con el riesgo de sufrir complicaciones vasculares.
7. Mejorar el registro de los datos relativos a la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 en la población murciana, así como de los referidos a la incidencia de las complicaciones asociadas más importantes: Enfermedad isquémica cardíaca, insuficiencia renal, amputaciones, amaurosis y complicaciones durante el embarazo.

Línea de Actuación

Prevención primaria de la obesidad

1. Realización de actividades relativas a la prevención primaria de la obesidad. (Ver el capítulo de "Estilos de Vida").

Plan de Atención al Diabético

2. Diseño y puesta en marcha de un Plan de Atención al Diabético que abarque la prevención de la enfermedad y sus complicaciones, el tratamiento, la rehabilitación y reinserción social, garantizando la cobertura integral de las necesidades del paciente diabético.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo - Servicio Murciano de Salud

Indicador: Terminación del Plan de Atención al Diabético, antes de finalizar el año 2003.

Implantación del Plan en todas las Áreas de Salud de la Región de Murcia antes de finalizar el período de vigencia del III Plan de Salud.

Detección de los diabéticos no diagnosticados

3. Realización del diagnóstico precoz en la población de riesgo para la detección de los diabéticos no diagnosticados, según se determine en el Plan de Atención al Diabético.

Responsable: Servicio Murciano de Salud.

Indicador: % de historias clínicas de población diana que recogen las determinaciones mínimas marcadas en el Plan de Atención al Diabético.

Programa de Formación de Educadores en materia de diabetes

4. Diseño y puesta en marcha de un Programa de Formación de Educadores en materia de diabetes con la misión de mantener unificado y actualizado el contenido sobre educación diabetológica que los equipos de Atención Primaria y Especializada ofrecen a sus pacientes.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo - Servicio Murciano de Salud.

Indicador: Terminación del Programa de Formación antes de finalizar el año 2004.

% de Centros que funcionan según lo que fija el Programa.

Garantizar la continuidad asistencial del paciente diabético

5. Optimización del proceso asistencial alrededor de la figura del paciente diabético, que garantice la continuidad de la asistencia, con unos estándares de calidad en cualquier punto del Sistema.

Responsable: Servicio Murciano de Salud.

Indicador: Diseño una guía clínica y protocolos de atención al paciente diabético dentro del Plan de Atención al Diabético.

Control metabólico de los pacientes diabéticos

6. Realización del control metabólico de los pacientes diagnosticados de diabetes según determine el Plan de Atención al Diabético

Responsable: Servicio Murciano de Salud.

Indicador: % de historias clínicas de pacientes diabéticos que recogen las determinaciones mínimas marcadas en el Plan de Atención al Diabético.

Sistema de Información y Vigilancia de Salud Mental y Drogodependencias

7. Diseño y puesta en marcha, en el marco del Plan de Sistemas proyectado por la Consejería de Sanidad y Consumo, de un sistema de información capaz de monitorizar los datos de prevalencia de la diabetes y sus complicaciones vasculares, necesario para el seguimiento de los objetivos generales acordados, a partir de la optimización de los registros existentes en la actualidad.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo - Servicio Murciano de Salud.

Indicador: Funcionamiento a pleno rendimiento del Sistema de Información descrito antes de finalizar el año 2005.

Si se quieren alcanzar las metas en salud, derivados de los objetivos generales, específicos y líneas de actuación, esto significa un compromiso no sólo para el Gobierno de la Comunidad Autónoma, sino para los profesionales, ciudadanos y otras instituciones, tal y cómo se pretende representar en el siguiente cuadro:

Gobierno Regional	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración y puesta en marcha de un Plan de Atención al Diabético • Realización del diagnóstico precoz en la población de riesgo • Diseño y puesta en marcha de un Programa de Formación de Educadores • Realización de protocolos y Guías Clínicas que aseguren la continuidad de la asistencia al paciente • Realización del control metabólico de los pacientes tratados • Diseño y puesta en marcha de un Sistema de Información de la patología diabética y sus complicaciones 	
Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboración en el diseño y aplicación de las medidas derivadas del Plan de Atención al Diabético • Colaboración en el diseño e implantación de las Guías clínicas de diabetes • Participación en el control de los principales factores relacionados con la patología diabética en la población de riesgo • Facilitación de información sobre la trascendencia del control de la glucemia para evitar las complicaciones 	
Ciudadanos	<ul style="list-style-type: none"> • Concienciación de la importancia que tiene los estilos de vida en la aparición de los factores de riesgo evitables relacionados con la diabetes • Implicación en aquellas actividades relacionadas con la prevención la obesidad, a través del ejercicio físico y la dieta equilibrada • Adquisición de una educación diabetológica adecuada que asegure el correcto autocuidado del día a día de su enfermedad 	
Instituciones	Sanitarias	Ayuntamiento y otras Organizaciones sociales
	<ul style="list-style-type: none"> • Implicación en la puesta en marcha de las medidas diseñadas en el Plan de Atención al diabético • Implicación en la detección de factores riesgo de la población de riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitación de la puesta en marcha del programa de formación de educadores. • Facilitación de las actividades de educación del paciente diabético

Área de Accidentalidad

Principales conclusiones del Análisis de Situación

La incidencia de los accidentes en el año 1996 afectaba al 10% de la población española. España se mantiene entre los países europeos con mayores tasas de accidentalidad y mortalidad por accidentes de tráfico y laborales. Es por ello que dentro del área de Accidentalidad de este Plan de Salud de la Región de Murcia se han priorizado estos dos tipos de accidentes.

La mortalidad por causas externas incide especialmente en edades jóvenes, siendo la segunda causa de mortalidad prematura, contribuyendo al 25% de los años potenciales de vida perdidos.

Accidentes de tráfico

Los accidentes de tráfico presentan una tendencia ascendente desde 1993. En la Región de Murcia, la tasa de mortalidad más alta se da entre los 15 y los 24 años, con una tendencia muy creciente, especialmente en varones.

Los factores de riesgo imputables a los accidentes de tráfico son: el consumo de bebidas alcohólicas, como responsable del 40% de accidentes mortales y del 25% de accidentes con heridos graves; y las imprudencias.

También constituyen marcadores de riesgo las edades jóvenes, el género masculino, el estado civil soltero, la falta de experiencia, la fatiga y el consumo de medicamentos.

Es frecuente entre los jóvenes de la Región de Murcia el incumplimiento de las normas de circulación en materia de protección, especialmente en lo referente al uso del casco. Por otro lado, existe una escasa concienciación entre este grupo de edad de las repercusiones de las conductas de riesgo, fundamentalmente abuso de alcohol y drogas.

Accidentes laborales

Los accidentes laborales constituyen el principal daño para la salud relacionados con el trabajo, por sus repercusiones sociales, sanitarias y económicas.

Pese a los esfuerzos normativos, el interés de las administraciones y agentes sociales, y las múltiples iniciativas preventivas que se vienen desarrollando, sigue constatándose que persisten los riesgos en los ambientes de trabajo y una escasa cultura de la prevención en el ámbito laboral.

La evolución de la incidencia del total de accidentes de trabajo en la Región de Murcia en los últimos diez años muestra una distribución anual cíclica y muy parecida a la evolución de las tasas nacionales: un primer periodo entre 1991 y 1993 con una tendencia decreciente que a partir de este año se invierte y comienza un segundo periodo de aumento de la incidencia que en Murcia alcanza su máximo en 1999, iniciando posteriormente un declive que se mantiene hasta 2001. La mayor diferencia es que las tasas en la Región de Murcia son superiores a la media estatal durante todo el periodo, aunque es destacable que en los dos últimos años la tendencia en Murcia decrece.

Los factores de riesgo mayoritarios son el consumo de bebidas alcohólicas y las imprudencias.

Incumplimiento, entre los jóvenes, de las normas de circulación en materia de protección y escasa concienciación de las repercusiones del abuso de alcohol y drogas.

Persiste una escasa cultura de la prevención de accidentes en el ámbito laboral.

En accidentes graves se observa una moderada tendencia decreciente en todo el periodo. Las tasas de accidentes mortales muestran también una tendencia a la disminución.

Se ha comprobado que la incidencia del total de accidentes laborales en la Región de Murcia en el último año es algo superior a la de España, sin embargo se comprueba que esta mayor incidencia se debe fundamentalmente a la mayor incidencia en el sector industrial y, sobre todo, en agricultura (a la inversa que los accidentes graves en este sector), siendo inferior en Murcia en el sector de la construcción y en servicios.

El sector servicios en Murcia presenta el doble de incidencia de accidentes mortales que a nivel nacional.

La reciente creación del Instituto de Seguridad y Salud Laboral de la Región de Murcia ha modificado de forma importante las actuaciones de la Administración Sanitaria en salud laboral al asumir éste la mayor parte de actividades y competencias en este ámbito, sobre todo las relacionadas con la prevención de riesgos, el control y supervisión de las actividades de los servicios de prevención, y la formación, el asesoramiento y la divulgación en materia de riesgos laborales.

En este marco, el Instituto de Seguridad y Salud Laboral de la Región de Murcia, mediante su Plan de Actuación Preferente en Empresas con mayor siniestralidad, comprueba que la legislación preventiva se aplica de manera correcta en aquellas empresas que tienen más siniestralidad en la Región. El Plan abarca al 2% de las empresas de la Región de Murcia que agrupan del 40 al 50% de los accidentes con baja que se han producido durante la jornada de trabajo del año anterior. Así, las empresas con mayor riesgo son sometidas a un programa para detectar sus fallos.

Dentro de las actuaciones dirigidas a la promoción en la Región de Murcia está el Plan Objetivo Cero Accidentes Laborales, cuyo objetivo es mejorar la gestión preventiva que realizan las empresas con la finalidad de seguir reduciendo la siniestralidad.

*Plan de Actuación
Preferente en
Empresas con
mayor siniestralidad.*

*Plan Objetivo Cero
Accidentes
Laborales.*

Objetivos Generales

- Disminuir la incidencia de accidentes de tráfico en los grupos de especial riesgo
- Disminuir la incidencia de accidentes laborales
- Reducir las secuelas de los accidentes de tráfico y laborales

Objetivos Específicos

1. Modificar los hábitos de comportamiento de la población en materia de accidentalidad, e instaurar una cultura preventiva, especialmente en los grupos de mayor riesgo en cada tipo de accidentalidad, evitando las conductas de riesgo.
2. Impulsar la colaboración con otros organismos para mejorar el cumplimiento de las normas de seguridad en materia de protección.

3. Mejorar la respuesta del sistema en la asistencia del accidentado en calidad y rapidez.
4. Mejorar la rehabilitación clínica y funcional del accidentado.

Líneas de Actuación

Accidentes de tráfico

Inclusión de la Educación vial y la prevención de las conductas de riesgo en los planes educativos

1. Inclusión en los planes educativos de la educación vial y la prevención de las conductas de riesgo relacionadas con la producción de accidentes: abuso en el consumo de alcohol y drogas especialmente (Ver el capítulo de "Estilos de vida").

Promoción del cumplimiento de las normas protectoras en materia de seguridad vial.

2. Promoción del cumplimiento de las normas protectoras en materia de seguridad vial, especialmente en lo que se refiere al uso de casco, cinturón de seguridad y dispositivos específicos infantiles.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo - Dirección Provincial de Tráfico.

Indicador: Realización de un estudio del impacto del incumplimiento del uso de las medidas protectoras descritas anteriormente en la región de Murcia antes de finalizar el año 2004.

Adecuación del tiempo de respuesta de los servicios de emergencias

3. Adecuación del tiempo de respuesta de los servicios de emergencias ante el accidente de tráfico, especialmente en zonas rurales

Responsable: Servicio Murciano de Salud – Protección Civil

Indicador: Tiempo de respuesta.

Accidentes laborales

Colaboración en el Plan Objetivo Cero Accidentes

4. Impulso de la colaboración con los agentes responsables en materia de prevención de riesgos laborales, especialmente en lo que se refiere al Plan Objetivo Cero Accidentes de la Región de Murcia.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo

Indicador: Nº de programas de acción conjunta.

Adecuación del tiempo de respuesta de los servicios de emergencias

5. Adecuación del tiempo de respuesta de los servicios de emergencias ante el accidente laboral.

Responsable: Servicio Murciano de Salud – Protección Civil

Indicador: Tiempo de respuesta.

*Programa de
rehabilitación integrado*

6. Establecimiento de un programa de rehabilitación integrado en el conjunto del sistema sanitario para reducir el tiempo de espera, el número y gravedad de las secuelas y los tiempos de incapacidad temporal por accidentes laborales.

Responsable Servicio Murciano de Salud – Mutuas de Accidentes de Trabajo

Indicador: Grado de incapacidad temporal medio producido por los accidentes laborales.

Si se quieren alcanzar las metas en salud, derivados de los objetivos generales, específicos y líneas de actuación, esto significa un compromiso no sólo para el Gobierno de la Comunidad Autónoma, sino para los profesionales, ciudadanos y otras instituciones, tal y cómo se pretende representar en los siguientes cuadros:

Accidentes de tráfico

Gobierno Regional	<ul style="list-style-type: none"> Inclusión, en los planes educativos, de los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> Educación vial Prevención de conductas de riesgo relacionadas con la producción de accidentes: abuso de alcohol y drogas principalmente Promoción del cumplimiento de las normas protectoras: uso de casco, cinturón de seguridad, dispositivos específicos infantiles Adecuación del tiempo de respuesta a las emergencias ante el accidente de tráfico 		
Profesionales	Sanitario		Educativo
	<ul style="list-style-type: none"> Colaboración activa para disminuir el tiempo de respuesta ante las emergencias derivadas de accidentes de tráfico Participación activa en el diseño de los planes educativos dirigidos a la prevención del consumo de alcohol y drogas 	<ul style="list-style-type: none"> Colaboración en el diseño de los nuevos planes educativos que incluyan educación vial y prevención del consumo de alcohol y drogas 	
Ciudadanos	<ul style="list-style-type: none"> Concienciación de la enorme repercusión del abuso de alcohol y drogas en la producción de accidentes de tráfico y asunción de una actitud consecuente. Adopción de las medidas preventivas recomendadas: casco, cinturón de seguridad, dispositivos específicos infantiles Adopción de las recomendaciones de las autoridades competentes sobre otras medidas de prevención de accidentes de tráfico: normas de circulación, mantenimiento de vehículos, precaución según las condiciones climatológicas, etc. 		
Instituciones	Sanitarias	Centros Educativos	DPT*
	<ul style="list-style-type: none"> Aplicación de las medidas diseñadas para disminuir el tiempo de respuesta a las emergencias ante el accidente de tráfico. Impulso de acciones de educaciones para la prevención de conductas de riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> Implantación de los programas de educación vial y prevención del consumo de alcohol y drogas, incluyéndolos en los planes educativos 	<ul style="list-style-type: none"> Impulso para asegurar el cumplimiento de las normas protectoras en materia de seguridad vial Impulso a las recomendaciones sobre otras medidas de prevención de accidentes

(*) Dirección Provincial de Tráfico

Accidentes laborales

Gobierno Regional	<ul style="list-style-type: none"> • Impulso al Plan Objetivo Cero Accidentes de la Región de Murcia • Impulso al Plan de Actuación Preferente en Empresas con mayor siniestralidad • Promoción del cumplimiento de las normas protectoras en materia de prevención de riesgos laborales • Adecuación del tiempo de respuesta a las emergencias ante el accidente laboral • Establecimiento de un Programa de Rehabilitación para reducir el tiempo de espera, el número y gravedad de las secuelas y los tiempos de incapacidad temporal 		
Profesionales	Sanitarios	Técnicos de Prevención de Riesgos Laborales ,etc	
	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboración activa para disminuir el tiempo de respuesta ante las emergencias derivadas de accidentes laborales • Aplicación del Programa de Rehabilitación diseñado 	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboración en el diseño y a aplicación de las medidas en materia de prevención de accidentes laborales 	
Ciudadanos	<ul style="list-style-type: none"> • Concienciación de la importancia de la prevención de accidentes laborales • Cumplimiento de las normas protectoras en materia de prevención de riesgos laborales 		
Instituciones	Sanitarias y Mutuas	Empresas	ISSL*
	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de las medidas diseñadas para disminuir el tiempo de respuesta a las emergencias ante el accidente laboral • Participación activa en el Programa de Rehabilitación 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de normativa de Prevención de Riesgos Laborales • Colaboración activa en los programas del ISSL 	<ul style="list-style-type: none"> • Impulso al diseño de medidas y programas relacionados con la prevención de accidentes laborales

(*) Instituto de Seguridad y Salud Laboral de la Región de Murcia

Área del niño-joven

Principales conclusiones del Análisis de Situación

La intención de este capítulo es presentar todos los problemas de salud que afectan al niño-joven, desde que nace, hasta que se convierte en adulto. Así, la primera acción relevante es asegurar la prevención de las enfermedades inmunoprevenibles en calendario vacunal. Aunque actualmente la Región de Murcia cuenta con una cobertura vacunal por encima del 90% para todas las dosis previstas en el calendario vacunal del niño, es necesario seguir trabajando en este campo para mantener los niveles actuales.

Otro problema a tratar en la población infantil es la salud bucodental, ya que a pesar de los buenos resultados, según datos de la "II Encuesta de Salud Bucodental en escolares de la Región de Murcia" del año 1997, Murcia es un área de moderada-baja prevalencia de caries.

Sin embargo, se sabe que las enfermedades más frecuentes en el niño, caries y enfermedad periodontal, pueden prevenirse mediante el refuerzo de las prestaciones sanitarias, como se observa del análisis de las experiencias de aquellas Comunidades Autónomas españolas, que como Navarra, las han practicado sistemáticamente en los últimos años.

Para conseguir resultados será necesario establecer el sistema que permita dar cobertura de atención bucodental a la población infantil, repartiendo equitativamente la carga de trabajo con las Unidades de Atención Bucodental existentes en la actualidad.

Si avanzamos un poco el rango de edad estudiado dentro del grupo de niño-joven, merecen especial consideración los accidentes de tráfico, no sólo por la repercusión en los años potenciales de vida perdidos que supone, (son la principal causa en este colectivo), sino porque además es en esta edad, entre los 15 y los 24 años, dónde encontramos la tasa de mortalidad en accidentes más elevada.

El consumo de bebidas alcohólicas, se sabe que el 40% de los accidentes de tráfico mortales están directamente relacionadas con el consumo de alcohol, o el incumplimiento de las normas de circulación en materia de protección, especialmente en lo que se refiere al uso del casco, son algunas de las conductas propias de este grupo de edad que ayudan a explicar la magnitud de los datos y que requieren ser tratados de manera específica en este capítulo.

Asimismo, el tema de la salud sexual y reproductiva de los jóvenes y adolescentes no puede, por su trascendencia, quedar fuera de este capítulo, si tenemos en cuenta que el insuficiente conocimiento de las conductas sexuales peligrosas, aumenta el riesgo de embarazos no deseados, así como la incidencia de enfermedades de transmisión sexual.

Objetivos Generales

- Mantener el nivel de inmunización de la población.
- Mejorar la calidad de la hospitalización infantil.

*Enfermedades
inmunoprevenibles en
calendario vacunal*

Salud bucodental

Accidentes de tráfico

*Salud sexual y
reproductiva*

- Mejorar la salud bucodental de la población infantil.
- Disminuir la incidencia de accidentes de tráfico en la población infantil.
- Reducir las secuelas de los accidentes de tráfico.
- Promover actividades orientadas a que las relaciones afectivo-sexuales se produzcan de una forma saludable.

Objetivos específicos

1. Promover que la elección de estilos de vida saludables constituya la opción más fácil de elegir, desde la infancia.
2. Mantener y mejorar la calidad de los servicios de vacunación.
3. Mejorar las posibilidades de acompañamiento del niño hospitalizado.
4. Extender la asistencia bucodental integral a la población infantil.
5. Impulsar la colaboración con otros organismos para mejorar el cumplimiento de las normas de seguridad en materia de protección: casco, cinturón de seguridad y dispositivos específicos infantiles.
6. Modificar los hábitos de comportamiento de los jóvenes en materia de prevención de accidentes de tráfico, promoviendo la educación vial y evitando las conductas de riesgo.
7. Mejorar la respuesta del Sistema en la asistencia del accidentado en calidad y rapidez.
8. Promocionar la salud en lo que se refiere a evitar las conductas de riesgo sexuales y reproductivas.
9. Mejorar el acceso de los colectivos de mujeres y jóvenes a la información y asistencia preventiva en materia de conductas sexuales y reproductivas de riesgo.

Línea de actuación

Estilos de Vida

*Plan Regional de
Educación para la Salud
en la Escuela*

*Desarrollo
curricular de la
educación para
la salud de
forma
transversal.*

1. Elaboración conjunta entre las Consejerías de Educación y Cultura y de Sanidad y Consumo, antes de finalizar 2004, del Plan Regional de Educación para la Salud en la Escuela, para el desarrollo de una educación en conocimientos, destrezas y valores de los alumnos en todos los ámbitos de la vida, personal, familiar, social y profesional, que facilite su desarrollo integral y la adquisición de estilos de vida saludables. Para ello se utilizarán las siguientes estrategias:
 - Estrategia curricular: Impulsar y potenciar el desarrollo curricular de la educación para la salud en toda la Región, como área transversal, no de forma aislada, de tal manera que los contenidos de salud impregnen las diferentes áreas curriculares a lo largo de todas las etapas del proceso educativo (Proyecto Educativo de Centro, Proyecto Curricular y Programaciones de Aula). Es fundamental contemplar y

desarrollar contenidos de higiene y salud bucodental, seguridad y prevención de accidentes, salud mental, educación afectivo-sexual, alimentación, ejercicio físico y descanso, drogas, salud medioambiental.

Implantación en la escuela de profesionales de la salud.

- Estrategia interdisciplinar: Implantación progresiva, en la escuela, de los profesionales de la salud, puesto que su colaboración y actuación conjunta con los profesionales de la enseñanza, contribuirá de manera decisiva a crear Escuelas Promotoras de Salud, en las que la prevención y promoción de la salud sean los ejes de actuación preferente de estos profesionales. Al mismo tiempo establecer los cauces de participación y colaboración de todos los sectores implicados (multisectorialidad).
- Estrategia formativa: Actuar sobre la formación continuada del profesorado, incidiendo tanto en la formación del alumnado universitario cuanto en el propio profesorado no universitario. En el primer caso se introducirían contenidos de salud en la formación inicial universitaria y en el segundo mediante cursos de formación continuada en los Centros de Profesores y Recursos y otras Instituciones docentes.

Formación continuada del profesorado

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo – Consejería de Educación y Cultura

Indicador: Elaboración del Plan Regional de Educación para la Salud en la Escuela

Nº de Centros Escolares que ponen en marcha el Plan Regional de Educación para la Salud en la Escuela / Nº de Centros Escolares totales en la Región de Murcia

Estilos de Vida

Servicio de Educación para la Salud en la Escuela dentro de la Cartera de Servicios de Atención Primaria

2. Incorporación en la Cartera de Servicios de Atención Primaria, antes de finalizar el año 2004, del Servicio de Educación para la Salud en la Escuela, de acuerdo con los criterios y requisitos emanados del Plan Regional de Educación para la Salud en la Escuela

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo – Servicio Murciano de Salud

Indicador: Nº de Centros de Salud que han incorporado el Servicio de Educación para la Salud en la Escuela / Nº total de Centros de Salud en la Región de Murcia

Calendario vacunal igual o superior al 90%

3. Mantenimiento de la cobertura vacunal de la población en niveles iguales o superiores a los actuales, es decir, por encima del 90%.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo - Servicio Murciano de Salud

Indicador: Cobertura vacunal.

Estilos de Vida

Alimentación equilibrada en los comedores escolares

4. Establecimiento de medidas específicas para controlar una alimentación equilibrada en los comedores escolares.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo – Consejería de Educación y Cultura

Indicador: Nº de comedores escolares controlados que han adoptado una alimentación equilibrada / Nº total de comedores escolares controlados

Nº de comedores escolares controlados / Nº total de comedores escolares

Acompañamiento del niño hospitalizado

5. Mejora de las estructuras que permitan el acompañamiento de los niños hospitalizados.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo - Servicio Murciano de Salud

Indicador: % de niños que pueden contar con acompañamiento sobre el total de niños ingresados en un centro.

Oferta de servicios de atención bucodental gratuita al 100% de población entre 6 y 14 años

6. Implantación de un sistema que asegure la oferta de los servicios de atención bucodental gratuita al 100% de la población infantil comprendida ente los 6 y 14 años. La oferta deberá incluir:

- Revisión bucodental anual.
- Realización de sellado preventivo de fisuras en primer y segundo molar, si es necesario.
- Realización de tratamientos obturadores si son necesarios.
- Realización de pulpectomía en piezas definitivas si es necesario.
- Otros tratamientos especiales, sin incluir ortodoncias, previa autorización médica.
- Fluoración tópica a la población de riesgo.
- Educación de salud bucodental individual en consulta.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo – Servicio Murciano de Salud

Indicador: Aprobación del proyecto normativo que regule la provisión de servicios buco dentales en la Región de Murcia

Puesta en marcha del Plan Bucodental que asegure la oferta descrita en el decreto a la población diana:

- 2003, 100% de la población infantil de 6 años.
- 2004, 100% de la población infantil de 6 y 7 años.
- 2005, 100% de la población infantil de 6, 7 y 8 años.
- 2006, 100% de la población infantil de 6,7,8 y 9 años.
- 2007, 100% de la población infantil de 6,7,8,9 y 10 años.

Salud Mental

Potenciación de recursos específicos para la atención de trastornos mentales infanto-juveniles

7. Potenciación de recursos específicos para la atención de los trastornos mentales específicos Infanto-Juveniles.

Responsable: Servicio Murciano de Salud - Consejería de Educación y Cultura

Indicador: Desarrollo de recursos específicos para la atención integral de pacientes con trastornos mentales atendidos en el Programa de Infanto-Juvenil.

Diseño y puesta en funcionamiento de una Unidad de Hospitalización de Psiquiatría Infanto-Juvenil

Accidentalidad

Inclusión de la Educación vial y la prevención de las conductas de riesgo en los planes educativos

8. Inclusión en los planes educativos de la educación vial y la prevención de las conductas de riesgo relacionadas con la producción de accidentes: abuso en el consumo de alcohol y drogas especialmente (Ver el capítulo de "Estilos de vida").

Accidentalidad

Promoción del cumplimiento de las normas protectoras en materia de seguridad vial.

9. Promoción del cumplimiento de las normas protectoras en materia de seguridad vial, especialmente en lo que se refiere al uso de casco, cinturón de seguridad y dispositivos específicos infantiles.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo - Dirección Provincial de Tráfico.

Indicador: Realización de un estudio del impacto del incumplimiento en el uso de las medidas protectoras descritas anteriormente en la región de Murcia antes de finalizar el año 2004.

Estilos de Vida

Acciones educativas dirigidas a mujeres y jóvenes

10. Promoción, durante todo el periodo de implantación del Plan, de las acciones educativas dirigidas a mujeres y jóvenes y no contempladas en otras líneas de actuación, especialmente aquellas en relación con accidentes, sexualidad y utilización de medidas preventivas.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo – Consejería de Educación y Cultura

Indicador: Nº de acciones informativas y educativas dirigidas a mujeres y jóvenes

Nº de mujeres y jóvenes que han accedido a las diferentes actividades formativas

Información sobre salud sexual y reproductiva

11. Distribución entre los colectivos de mujeres y jóvenes de información sobre salud sexual y reproductiva y disponibilidad de recursos por parte del Sistema Sanitario.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo - Servicio Murciano de Salud

Indicador Inclusión de un apartado específico en el Portal Sanitario de la Región de Murcia sobre educación sexual y planificación familiar antes de finalizar el año 2003.

Nº de folletos distribuidos a la población diana

Planificación familiar

12. Fomento del uso de la asistencia prestada en materia de planificación familiar al colectivo de mujeres y jóvenes.

Responsable: Servicio Murciano de Salud

Indicador: Nº de personas que reciben asistencia en materia de planificación familiar / año

Si se quieren alcanzar las metas en salud, derivados de los objetivos generales, específicos y líneas de actuación, esto significa un compromiso no sólo para el Gobierno de la Comunidad Autónoma, sino para los profesionales, ciudadanos y otras instituciones, tal y cómo se pretende representar en el siguiente cuadro:

Gobierno Regional	<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento de la cobertura vacunal en niveles iguales o superiores al 90% • Mejora de las infraestructuras para permitir el acompañamiento de los niños hospitalizados • Oferta de servicios de atención bucodental gratuita al 100% de la población comprendida entre 6 y 14 años • Distribución de información sobre salud sexual y reproductiva y disponibilidad de recursos por parte del sistema sanitario • Fomento del uso de la asistencia prestada en materia de planificación familiar
Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de la cartera de servicios ofertados en materia de salud bucodental • Implicación en la facilitación a los jóvenes de información sobre salud sexual y reproductiva y la oferta de servicios al respecto • Colaboración en la atención a los acompañantes de los niños hospitalizados
Ciudadanos	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del calendario vacunal • Utilización de los servicios ofertados de atención bucodental • Utilización de los servicios prestados en materia de planificación familiar • Cumplimiento de las recomendaciones emitidas en materia de salud sexual y reproductiva, evitando las conductas de riesgo
Instituciones	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de los programas de vacunación • Organización de las infraestructuras para el acompañamiento de los niños hospitalizados • Organización y prestación de los servicios de atención bucodental • Mejora del acceso de la asistencia en materia de planificación familiar

Área de la Mujer

Principales conclusiones del Análisis de Situación

Embarazo, parto y puerperio

Las mujeres, a lo largo de su vida, atraviesan una serie de etapas que pueden requerir, puntualmente, una mayor atención para mantener un nivel óptimo de salud.

Nos referimos a procesos de carácter fisiológico propios, como el embarazo, el parto y el puerperio, en los que la regularización de la asistencia sanitaria ha contribuido a mejorar enormemente la salud de este colectivo, así como la del niño, lo que ha mejorado la salud general de la población.

Menopausia y climaterio

Otro fenómeno fisiológico reseñable en la mujer es la menopausia y los síntomas y signos que lleva parejos en el tiempo: el climaterio. Este proceso, al igual que el anterior, puede verse muy favorecido de la correcta coordinación entre niveles, para ofrecer el tratamiento más adecuado a este colectivo de mujeres.

Cáncer de mama y cáncer de cérvix

Por otro lado, existen una serie de patologías específicas de la mujer que por la gran trascendencia que tienen para su salud han de ser tratadas de forma prioritaria, es el caso del cáncer de mama o de cérvix, para los que además de ofrecer el mejor tratamiento posible, es preciso realizar campañas de prevención específicas dirigidas a la mayor cantidad posible de población diana.

Planificación familiar y sexualidad responsable

Para finalizar, en este capítulo se incluye también la planificación familiar y el fomento de la sexualidad responsable, que aunque no sea exclusivo de la mujer, sí que le afecta de manera muy directa, pudiendo verse favorecida de la mejora en cuanto a información y acceso de los servicios existentes, especialmente sabiendo que actualmente en la Región de Murcia uno de los indicadores indirectos de la existencia de embarazos no deseados, la interrupción voluntaria del embarazo, está en niveles ligeramente superiores a la media nacional y experimentando un continuo incremento.

Objetivos Generales

- Reducir la repercusión para la salud de las mujeres asociada a procesos fisiológicos como el embarazo o el climaterio.
- Disminuir la mortalidad por tumores malignos que afectan específicamente a la población femenina.
- Promover actividades orientadas a que las relaciones afectivo-sexuales se produzcan de una forma saludable.

Objetivos Específicos

1. Definir el marco de coordinación y colaboración de los diferentes agentes implicados en la correcta asistencia de la mujer.
2. Promocionar la salud en lo que se refiere a evitar las conductas de riesgo sexuales y reproductivas y mejorar las transiciones fisiológicas de la mujer.

3. Mejorar la detección precoz de aquellos tumores en los que exista evidencia científica de la eficacia de las medidas propuestas.
4. Organizar el proceso asistencial propio de la mujer, especialmente: cáncer de mama, embarazo, parto y puerperio y climaterio
5. Mejorar el acceso de los colectivos de mujeres y jóvenes a la información y asistencia preventiva en materia de conductas sexuales y reproductivas de riesgo.

Líneas de actuación

Programa de atención a la mujer

1. Diseño y puesta en marcha de un Programa de Atención a la Mujer, que recoja todas las necesidades específicas descritas para la mujer tanto fisiológicas como patológicas.

Responsable: Servicio Murciano de Salud

Indicador: Puesta en marcha del Programa de Atención a la mujer antes de finalizar el año 2003.

Estilos de Vida

Acciones educativas dirigidas a mujeres y jóvenes

2. Promoción, durante todo el periodo de implantación del Plan, de las acciones educativas dirigidas a mujeres y jóvenes y no contempladas en otras líneas de actuación, especialmente aquellas en relación con accidentes, sexualidad y utilización de medidas preventivas.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo – Consejería de Educación y cultura

Indicador: Nº de acciones informativas y educativas dirigidas a mujeres y jóvenes

Nº de mujeres y jóvenes que han accedido a las diferentes actividades formativas

Cáncer

Detección precoz de los cánceres de mama y cérvix

3. Mantenimiento y desarrollo de la detección precoz en los cánceres de mama y cérvix, siguiendo las recomendaciones establecidas, basadas en la evidencia científica.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo - Servicio Murciano de Salud.

Indicador: Alcanzar el 70% de población diana captada por primera vez sobre el total de población diana en el programa de cáncer de mama.

% de mujeres entre 25-64 años con al menos una citología de cérvix en los últimos 5 años

Cáncer

Continuidad asistencial para el paciente oncológico

4. Optimización del proceso asistencial alrededor de la figura del paciente afectado por patología oncológica, que garantice la continuidad asistencial con unos estándares de calidad en cualquier punto del Sistema

Responsable: Servicio Murciano de Salud

Indicador: Inclusión dentro del Plan Integral contra el Cáncer de una Guía Clínica de proceso y Protocolos de atención para los diez tumores más frecuentes y/o relevantes por su tendencia, prevención, etc.

Porcentaje de pacientes atendidos según guía y protocolo

Tiempo transcurrido entre el diagnóstico del proceso oncológico y el inicio del tratamiento.

Coordinación entre niveles durante el embarazo, parto y puerperio

5. Elaboración del proceso que regule la coordinación entre niveles de la asistencia de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Responsable: Servicio Murciano de Salud

Indicador: Terminación de un protocolo para la asistencia al embarazo, parto y puerperio antes de finalizar el año 2003.

Coordinación entre niveles durante el climaterio

6. Elaboración del proceso que regule la coordinación entre niveles de la asistencia de la mujer durante el climaterio

Responsable: Servicio Murciano de Salud

Indicador: Puesta en marcha de la actividad asistencial a mujeres en fase climaterio antes de finalizar el año 2004.

Niño-juven

Información sobre salud sexual y reproductiva

7. Distribución entre los colectivos de mujeres y jóvenes de información sobre salud sexual y reproductiva y disponibilidad de recursos por parte del Sistema Sanitario.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo - Servicio Murciano de Salud

Indicador: Inclusión de un apartado específico en el Portal Sanitario de la Región de Murcia sobre educación sexual y planificación familiar antes de finalizar el 2003.

Nº de folletos distribuidos a la población diana

Niño-juven

Planificación familiar

8. Fomento del uso de la asistencia prestada en materia de planificación familiar al colectivo de mujeres y jóvenes.

Responsable: Servicio Murciano de Salud

Indicador: Nº de personas que reciben asistencia en materia de planificación familiar / año

E. Tansmisibles

Garantizar la oferta de la prueba de VIH a toda la población que lo desee

9. Implantación y potenciación, en los centros asistenciales de la Región de Murcia, de protocolos que garanticen la oferta de la prueba de VIH a toda la población que desee que se le realice y en particular, al 100% de las personas que se encuentran dentro de colectivos con prácticas de riesgo, personas con contactos de riesgo o con manifestaciones clínicas centinela y al 100% de las mujeres embarazadas.

Responsable: Servicio Murciano de Salud.

Indicadores: Implantación de un protocolo que garantice la prueba del VIH a todas las personas que así lo soliciten antes de finalizar el año 2003.

Implantación de un protocolo que garantice la prueba del VIH al 100% de personas que se encuentran dentro de colectivos con prácticas de riesgo, personas con contactos de riesgo y personas con manifestaciones clínicas centinela antes de finalizar el año 2003.

Nº de mujeres con analítica de VIH / Nº de mujeres embarazadas x 100

Si se quieren alcanzar las metas en salud, derivados de los objetivos generales, específicos y líneas de actuación, esto significa un compromiso no sólo para el Gobierno de la Comunidad Autónoma, sino para los profesionales, ciudadanos y otras instituciones, tal y cómo se pretende representar en el siguiente cuadro:

Gobierno Regional	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño y puesta en marcha de un Programa de Atención a la Mujer • Elaboración de los procesos que regulen la coordinación entre niveles de la asistencia de la mujer durante: <ul style="list-style-type: none"> – El embarazo, el parto y el puerperio – El climaterio • Distribución de información sobre salud sexual y reproductiva y disponibilidad de recursos por parte del sistema sanitario • Fomento del uso de la asistencia prestada en materia de planificación familiar
Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboración en el desarrollo del Programa de Atención a la Mujer • Conocimiento de los circuitos y aplicación de las medidas derivadas del Programa de Atención a la Mujer • Implicación en la facilitación a las mujeres de información sobre fenómenos fisiológicos propios y salud sexual y reproductiva así como la oferta de servicios al respecto
Ciudadanos	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento y cumplimiento de las actuaciones recomendadas ante los fenómenos fisiológicos propios de la mujer • Utilización de los servicios prestados en materia de planificación familiar • Cumplimiento de las recomendaciones emitidas en materia de salud sexual y reproductiva, evitando las conductas de riesgo
Instituciones	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de las directrices emanadas del Programa de Atención a la Mujer • Puesta en marcha de los procesos relacionados con la asistencia a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y climaterio • Mejora del acceso de la asistencia en materia de planificación familiar

Área de Nuevas Formas de Exclusión Social

Tal y como se recoge en un reciente informe de la Fundación Encuentro (*España 2001. Los perfiles de la exclusión social*), el nuevo rostro de la exclusión va más allá de la cuestión social tradicional, incluyendo nuevos perfiles además de los grupos considerados tradicionalmente:

Exclusión	SIN circunstancias intensificadoras	CON circunstancias intensificadoras		
		Contexto familiar	Edad	No acceso a protección social
Laboral		(1) Familias con hijos, con los dos adultos en paro o precariedad	(2) Jóvenes parados o en precario procedentes del fracaso escolar	(3) Parados de larga duración sin cobertura
Formativa	(4) Población analfabeta		(5) Niños inmigrantes desescolarizados (niños de la calle)	
Étnica y de ciudadanía	(6) Inmigrantes ilegales (7) Refugiados y demandantes de asilo			
De género	(8) Mujeres inmigrantes (9) Población gitana	(10) Mujeres sometidas a violencia doméstica (11) Madres solas (monoparentalidad) jóvenes y de rentas bajas (12) Mujeres mayores solas (13) Personas (normalmente mujeres) ligadas al cuidado de dependientes		
Sociosanitaria	(14) Personas con minusvalías (15) Drogodependientes		(16) Gente mayor dependiente y con pocos ingresos	
Espacial y habitativa	(17) Habitantes de barrios marginales y zonas rurales deprimidas			(18) Colectivos sin techo
Penal	(19) Presos y ex-presos			
Otras		(20) Niños en familias pobres y desestructuradas		

Existen nuevas formas de exclusión social además de las consideradas tradicionalmente

Los inmigrantes adquieren una especial relevancia en Murcia

Dentro de las nuevas formas de exclusión social, los inmigrantes adquieren una especial relevancia en Murcia debido a la gran importancia del fenómeno migratorio en la Región. Murcia es la tercera provincia en España en número de inmigrantes después de Madrid y Barcelona. Es por ello que los objetivos y líneas de actuación recogidos en este capítulo van particularmente dirigidos a este grupo, si bien cabe señalar que algunos de ellos también pueden aplicar al resto de formas de exclusión social.

Principales conclusiones del Análisis de Situación

La población inmigrante de la Región de Murcia proviene, en la mayoría de los casos, de países con sistemas sanitarios deficitarios, sobre todo en lo concerniente a Salud Pública.

Además, se establecen predominantemente en condiciones precarias, lo que unido a que los calendarios de vacunación de sus países de origen son "de mínimos" y con coberturas bajas, eleva en gran medida el riesgo de contraer enfermedades que para el resto de la población están casi extinguidas o que su incidencia es muy baja.

Resulta, por tanto, primordial, además de preservar la salud de la población en general, proporcionar a los inmigrantes las herramientas que les ayuden a alcanzar un óptimo estado de salud, por lo que la prevención de las

Prevención de enfermedades infecciosas

enfermedades infecciosas mediante la vacunación adquiere un protagonismo especial.

En este sentido, la Consejería de Sanidad y Consumo elabora un Calendario de Vacunación para Inmigrantes, que se actualiza y distribuye anualmente a todos los Centros de Atención Primaria.

Por otro lado, las dificultades para la correcta asistencia y control sanitario de la población inmigrante incluyen el miedo al control de su situación administrativa, el rechazo a la burocratización necesaria para poder ser atendido en el Sistema Sanitario, las dificultades de comunicación entre el personal sanitario y estos pacientes, por las diferencias culturales o de lenguaje y las propias limitaciones del personal sanitario, derivadas fundamentalmente del escaso entrenamiento en aquellas patologías específicas del entorno de origen, lo que dificulta el correcto diagnóstico del enfermo y en muchos casos, la rápida instauración de un tratamiento más adecuado.

Dificultades para la correcta asistencia y control sanitario de la población inmigrante

En esto último es preciso tener en cuenta que si bien la mayoría de los inmigrantes provienen de dos países, Ecuador y Marruecos, la totalidad de ellos proviene de zonas geográficas muy dispares, cada una con sus peculiaridades en la patología infecciosa. También el hecho de que en algunos casos de ciertas enfermedades infecciosas se requieran procedimientos diagnósticos, y sobre todo terapéuticos, con los que el personal sanitario no está particularmente familiarizado o cuyo tratamiento no está disponible en farmacia, dificulta la actuación sanitaria lo cual puede acarrear graves problemas ulteriores.

Por otra parte y ya en lo que se refiere a problemas de salud de especial importancia en la población inmigrante, cabe destacar el llamativo aumento de la proporción de casos de tuberculosis en inmigrantes en los últimos años. Por otra parte, mientras que la tasa media de curación de los casos de tuberculosis en población autóctona es bastante alta, existe una elevada proporción de pérdida / abandono del tratamiento antituberculoso en indigentes y personas con distocia social, predominando las pérdidas en el control del enfermo en el caso de inmigrantes, debido a la gran movilidad geográfica de este colectivo.

Aumento de los casos de tuberculosis

Como ya se ha comentado, cabe destacar, no obstante, que en la génesis de la tuberculosis en población inmigrante uno de los factores más relevantes es la situación de precariedad, infravivienda y hacinamiento en que muchas de las personas de este colectivo viven en la Región.

Asimismo, se observa una importante interacción entre la tuberculosis y la infección por VIH, siendo la infección por VIH el principal factor de riesgo para el desarrollo de tuberculosis.

En lo que se refiere a las actividades de información / educación dirigidas a colectivos con necesidades específicas, desde la Consejería de Sanidad y Consumo se ha facilitado el acceso del colectivo inmigrante a la prevención de la infección por VIH a través del teléfono gratuito de información sobre

Prevención de la infección por VIH

SIDA y la realización de la prueba de determinación de anticuerpos anti-VIH de forma confidencial y gratuita. Asimismo, se han realizado diversas actividades informativas y educativas incluidas en materiales dirigidos a inmigrantes magrebíes: Guía de Salud y Folleto Informativo para Inmigrantes Magrebíes.

Objetivos Generales

- Mantener el nivel de inmunización de la población
- Promover que la elección de estilos de vida saludables en toda la población constituya la opción más fácil de elegir
- Disminuir la incidencia y mortalidad de la tuberculosis
- Reducir la incidencia de VIH/SIDA
- Aumentar la supervivencia y calidad de vida de las personas afectadas por VIH/SIDA

Objetivos Específicos

1. Mantener y mejorar la calidad de los servicios de vacunación, con especial énfasis en los colectivos de riesgo.
2. Fomentar hábitos y habilidades para la promoción y protección de la salud, en especial aquellos relacionados con el VIH/SIDA.
3. Potenciar la detección precoz de VIH en la población.
4. Mejorar la reinserción social de los enfermos de SIDA.
5. Detectar precozmente la enfermedad y la infección tuberculosa en contactos y grupos de riesgo, proceder a su tratamiento y garantizar la recogida completa de datos de los pacientes de tuberculosis en todos los centros sanitarios.
6. Asegurar el cumplimiento terapéutico en todos los pacientes de tuberculosis tratados.
7. Mejorar la asistencia médica especializada en el área de la patología tropical.

Líneas de Actuación

1. Adaptación al calendario vacunal de la Región de Murcia de los inmigrantes y otros colectivos con escasa penetración en el sistema.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo - Servicio Murciano de Salud

Indicador: Cobertura del calendario vacunal de la Región de Murcia para inmigrantes

Estilos de Vida

Potenciación de las directrices del Plan Regional de Inclusión Social

2. Potenciación, durante todo el período de implantación del Plan y en línea con las directrices emanadas del Plan Regional de Inclusión Social, de las acciones educativas dirigidas a las nuevas formas de exclusión social y en particular a inmigrantes, haciendo un especial hincapié en todos los aspectos relacionados con su integración social y sobre todo, en las áreas relacionadas con la alimentación, la higiene, la adhesión a programas de salud y el acceso a los servicios sanitarios.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo – Servicio Murciano de Salud - Consejería de Trabajo y Política Social

Indicador: Nº de acciones educativas dirigidas a las nuevas formas de exclusión social

E. Tansmisibles

Guías sobre SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual traducidas a los idiomas nativos de los inmigrantes.

3. Edición y difusión a inmigrantes de guías sobre SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, traducidas a sus idiomas nativos, antes de finalizar el año 2003.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo

Indicadores: Nº de ejemplares distribuidos

E. Tansmisibles

Garantizar la oferta de la prueba de VIH a toda la población que lo desee

4. Implantación, en los centros asistenciales de la Región de Murcia, de protocolos que garanticen la oferta de la prueba de VIH a toda la población que desee que se le realice y en particular, al 100% de las personas que se encuentran dentro de colectivos con prácticas de riesgo, personas con contactos de riesgo o con manifestaciones clínicas centinela y al 100% de las mujeres embarazadas. Inclusión de estos servicios en la Cartera de Servicios de Atención Primaria.

Responsable: Servicio Murciano de Salud.

Indicadores: Implantación de un protocolo que garantice la prueba del VIH a todas las personas que así lo soliciten antes de finalizar el año 2003.

Implantación de un protocolo que garantice la prueba del VIH al 100% de personas que se encuentran dentro de colectivos con prácticas de riesgo, personas con contactos de riesgo y personas con manifestaciones clínicas centinela antes de finalizar el año 2003.

Nº de mujeres con analítica de VIH / Nº de mujeres embarazadas x 100

Inclusión de estos servicios en la Cartera de Servicios de Atención Primaria

E.Tansmisibles

Protocolo específico para el diagnóstico precoz de la infección y la enfermedad tuberculosa

5. Elaboración de un protocolo específico para el diagnóstico precoz de la infección y la enfermedad tuberculosa en grupos de riesgo y contactos.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo – Servicio Murciano de Salud

Indicador: Elaboración del protocolo antes de finalizar el año 2004.

E.Tansmisibles

Potenciación de los servicios sociales e integración de sus actividades en las Zonas Básicas de Salud

6. Potenciación de los servicios sociales e integración de sus actividades en las Zonas Básicas de Salud para garantizar la captación de inmigrantes y otros colectivos con distocia social, antes de finalizar el año 2004.

Responsable: Servicio Murciano de Salud

Indicador: % de seguimiento del tratamiento

E.Tansmisibles

Implantación del Tratamiento Observado Directamente

7. Implantación, antes de finalizar el año 2005, del “Tratamiento Observado Directamente” (TOD) en grupos de pacientes con baja adherencia al tratamiento antituberculoso.

Responsable: Servicio Murciano de Salud

Indicador: N° de pacientes en tratamiento observado directamente / N° total de pacientes tratados

Formación en patología tropical

8. Diseño de un programa específico de formación de profesionales sanitarios en el área de la patología tropical.

Responsable: Servicio Murciano de Salud

Indicador: Diseño del programa antes de finalizar el año 2004.

Si se quieren alcanzar las metas en salud, derivados de los objetivos generales, específicos y líneas de actuación, esto significa un compromiso no sólo para el Gobierno de la Comunidad Autónoma, sino para los profesionales, ciudadanos y otras instituciones, tal y cómo se pretende representar en el siguiente cuadro:

Gobierno Regional	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de medidas que mejoren el acceso a las prestaciones sanitarias de los colectivos socialmente excluidos • Diseño de un programa específico de formación de profesionales sanitarios en el área de patología tropical • Promoción y sensibilización de la necesidad de la adaptación al calendario vacunal de los inmigrantes y otros colectivos con escasa penetración en el sistema
Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación por conseguir, por medio de sus actuaciones, la máxima integración de los colectivos socialmente excluidos • Participación activa en los programas de vacunación diseñados • Elaboración de material especialmente dirigido a colectivos socialmente excluidos • Participación activa en los cursos de formación en el área de patología tropical
Ciudadanos	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación al calendario vacunal de la Región de Murcia • Participación activa en todas las actividades de regularización de su situación sanitaria, así como en el cumplimiento de las medidas terapéuticas prescritas • Concienciación de la importancia de la regularización de su situación sanitaria
Instituciones	<ul style="list-style-type: none"> • Impulso de aquellas medidas que favorezcan la penetración del sistema sanitario en los colectivos socialmente excluidos • Facilitación de los servicios de adaptación al calendario vacunal • Impartición de la formación en materia de patología tropical

Área de Personas Mayores

Principales conclusiones del Análisis de Situación

En el presente Plan de Salud se recogen, entre otras, un área específica de cáncer y otra área relativa a las enfermedades cardiovasculares, las dos primeras causas de muerte en hombres y mujeres por encima de 65 años. En ambas áreas (así como en la de diabetes) se identifican una serie de objetivos generales, específicos y líneas de actuación que son, dada la importancia de estos problemas de salud en los ancianos, de especial interés para este colectivo.

No obstante y en aras de una mayor simplicidad del documento, en este apartado se extraen tan sólo aquellos objetivos y líneas de actuación de áreas nuevas, o de aquellas ya cubiertas, que se dirigen de manera más específica a los ancianos, manteniendo el resto de forma exclusiva en sus respectivos apartados.

La tasa de incidencia de pacientes diagnosticados clínicamente de enfermedad de Alzheimer se incrementa de forma considerable con la edad. Numerosos estudios muestran que su prevalencia se duplica cada 5 años a partir de los 65 años de edad, hasta alcanzar entre el 25-30% en mayores de 85 años.

El aumento en la edad está asociado, por otra parte, al incremento en el riesgo de padecer Parkinson, segunda enfermedad neurodegenerativa más común en la población occidental. La incidencia anual de dicha enfermedad se incrementa dramáticamente de menos de 10 casos nuevos por 100.000 habitantes a los 50 años de edad, a 200 casos aproximadamente por 100.000 habitantes a los 80 años.

En cualquier caso, el conocimiento sobre la magnitud de estas enfermedades en la Región de Murcia resulta insuficiente, ya que los únicos datos disponibles proceden de las estadísticas de mortalidad y de las de morbilidad hospitalaria. De este modo, es importante conocer la prevalencia de estas enfermedades en la Región, así como llevar a cabo una evaluación de las necesidades sanitarias y sociales que generan.

Por otra parte, en el área de salud mental, cabe destacar la sobrecarga de demanda de la Red de Salud Mental, especialmente en el área de asistencia psicogeriátrica, junto con infanto-juvenil y de rehabilitación.

En lo que se refiere a enfermedades infecciosas susceptibles de vacunación, la gripe y la infección neumocócica tienen una especial relevancia en mayores de 65 años, por lo que es necesario mantener las coberturas vacunales en estos colectivos, con el fin de disminuir la incidencia de infecciones graves de carácter estacional y su repercusión asistencial.

En general, las áreas verticales del Plan de Salud han dado respuesta a los principales problemas que presentan las personas mayores

Enfermedad de Alzheimer, Parkinson y otras enfermedades neurodegenerativas

Salud mental

Enfermedades infecciosas: gripe e infección neumocócica

Objetivos Generales

- Promover que la elección de estilos de vida saludables en las personas mayores constituya la opción más fácil de elegir
- Mantener niveles apropiados de inmunización en mayores de 65 años
- Fomentar las actividades que faciliten la implicación responsable de los ancianos de esta Comunidad Autónoma en el cuidado de su salud
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes mayores de 65 años

Objetivos Específicos

1. Definir un marco conjunto, estructurado, sistemático y continuado para la promoción de estilos de vida saludables en el entorno comunitario para personas mayores. Mejorar los cuidados paliativos y el apoyo psicológico del paciente y su familia.
2. Aumentar la cobertura vacunal de gripe e infección neumocócica en mayores de 65 años.
3. Disponer de los recursos apropiados para afrontar las necesidades sanitarias y sociales de los pacientes con enfermedades neurodegenerativas
4. Conocer la prevalencia de las enfermedades neurodegenerativas más frecuentes en la Región de Murcia.

Líneas de Actuación

Estilos de Vida

Promoción de la salud en transiciones vitales dentro de la Cartera de Servicios de Atención Primaria

1. Introducción o potenciación, en su caso, antes de finalizar el año 2005, en la Cartera de Servicios de Atención Primaria de los Servicios de promoción de la salud relacionados con la atención a transiciones vitales, en especial las referidas a la ancianidad (Ver Área de Estilos de Vida).

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo - Servicio Murciano de Salud

Indicador: % de Centros de Salud de la Región de Murcia que ha puesto en marcha Servicios relacionados con la ancianidad

Estilos de Vida

Revisión y actualización de la Cartera de Servicios de Atención Primaria para introducir los objetivos educativos para la prevención de factores de riesgo, enfermedades crónicas y cumplimiento terapéutico

2. Revisión y actualización, antes de finalizar el año 2004, de la Cartera de Servicios de Atención Primaria y de sus normas técnicas, para introducir los objetivos educativos necesarios para la prevención de factores de riesgo, enfermedades crónicas y cumplimiento terapéutico, especialmente diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares, EPOC y hábito de fumar.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo – Servicio Murciano de Salud

Indicador: Nº de Servicios revisados y/o actualizados / Nº total de Servicios relacionados con factores de riesgo y enfermedades crónicas

Aumento de la cobertura vacunal de gripe e infección neumocócica en personas mayores de 65 años

3. Aumento de la cobertura del programa de vacunación de gripe e infección neumocócica en mayores de 65 años

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo - Servicio Murciano de Salud

Indicador: Cobertura vacunal de gripe e infección neumocócica en población mayor de 65 años

Fortalecimiento de la atención domiciliaria

4. Fortalecimiento de la atención domiciliaria a los pacientes ancianos, mediante la coordinación de los programas de Atención Primaria con las Unidades Específicas de Atención a Domicilio y los Servicios Hospitalarios

Responsable: Servicio Murciano de Salud

Indicador: Nº de pacientes ancianos que reciben tratamiento domiciliario

Salud Mental

Programas específicos de psicogeriatría

5. Diseño y puesta en marcha de programas específicos de psicogeriatría.

Responsable: Servicio Murciano de Salud - Consejería de Trabajo y Política Social

Indicador: Diseño e implantación de protocolos específicos para la atención integral de pacientes geriátricos con trastornos mentales

Existencia de protocolos de derivación entre Salud Mental y los Servicios Sociosanitarios y/o Sociales

Desarrollo de un programa de Formación Continuada específico sobre la materia

Cuantificación de la prevalencia de las principales enfermedades neurodegenerativas

6. Realización de un estudio epidemiológico y puesta en marcha de otras herramientas que permitan conocer la prevalencia de las principales enfermedades neurodegenerativas y enfermedades que cursan con deterioro cognitivo importante.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo – Servicio Murciano de Salud

Indicador: Existencia del estudio epidemiológico antes de finalizar el año 2004

Evaluación de las necesidades de los pacientes con enfermedades neurodegenerativas

7. Evaluación de las necesidades sanitarias y sociales de los pacientes con enfermedades neurodegenerativas y enfermedades que cursan con deterioro cognitivo importante.

Responsable: Consejería de Sanidad y Consumo – Consejería de Trabajo y Política Social

Indicador: Realización de un estudio donde se analicen las necesidades sanitarias y sociales de los pacientes con estas enfermedades antes de finalizar el año 2004.

Si se quieren alcanzar las metas en salud, derivados de los objetivos generales, específicos y líneas de actuación, esto significa un compromiso no sólo para el Gobierno de la Comunidad Autónoma, sino para los profesionales, ciudadanos y otras instituciones, tal y cómo se pretende representar en el siguiente cuadro:

Gobierno Regional	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de todas las líneas de acción propuestas en las áreas verticales y que afectan especialmente a este colectivo • Aumento de la cobertura del programa de vacunación de gripe e infección neumocócica en mayores de 65 años • Fortalecimiento de la atención domiciliaria a los pacientes ancianos
Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Colaboración en el diseño de programas de Atención Domiciliaria • Favoreciendo y participando, en la medida de lo posible, de la atención domiciliaria a pacientes mayores • Participación en la sensibilización a personas mayores sobre la necesidad de vacunación de gripe e infección neumocócica
Ciudadanos	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del programa de vacunación a personas mayores de 65 años • Facilitación y colaboración activa del apoyo a la atención domiciliaria de personas mayores
Instituciones	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación de Atención Primaria, Unidades de Atención a Domicilio y servicios hospitalarios para la atención domiciliaria de pacientes ancianos • Facilitación del acondicionamiento de las viviendas a las necesidades de las personas mayores • Facilitación de los servicios de vacunación de gripe e infección neumocócica

Área de Fortalecimiento y Modernización del Sistema

Introducción

El 1 de enero de 2002 la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia recibió, de manos de la Administración Central del Estado, las competencias en asistencia sanitaria que hasta ese momento venían siendo desempeñadas por el INSALUD.

Satisfacción de las necesidades y expectativas en el nuevo escenario transferencial.

En este nuevo escenario competencial, la Región de Murcia se ha de hacer cargo de una red sanitaria imbuida en un modelo de gestión asistencial diseñado hace décadas. Durante este periodo las necesidades y expectativas de los murcianos han ido evolucionando, y el gobierno de la Comunidad Autónoma pretende satisfacer estas necesidades y expectativas.

Aunque el Plan de Salud no hace referencia exclusivamente al sistema sanitario, sino que tiene en cuenta medidas sobre el conjunto de determinantes de la salud, parece difícil que los objetivos del Plan puedan lograrse sin una profunda renovación y modernización del sistema sanitario.

Alianza para la Salud en la Región de Murcia

Sólo a partir del fortalecimiento y modernización del sistema sanitario será posible lograr uno de los grandes objetivos del Plan: la **Alianza para la Salud en la Región de Murcia**, que integre a los diferentes agentes involucrados en la salud, entre los cuales obviamente el sistema sanitario no es el único, pero sí uno muy relevante.

Breve descripción del Sistema Sanitario Murciano

La población en la Región de Murcia

A 1 de enero de 2001, la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia contaba con 1.190.378 habitantes, lo que representa un 2,9% de la población de España, ocupando el undécimo lugar de las Comunidades Autónomas y el primero entre las comunidades uniprovinciales.

Entre 1991 y 2001 el crecimiento anual medio de la población de la Región de Murcia fue de un 1,38%, 2,4 veces superior al de España.

La Región de Murcia tiene un ritmo de crecimiento superior a la media de España, con una fecundidad en fase de recuperación y una población envejecida.

Las tasas brutas de natalidad en la Región de Murcia son superiores a las de España. El 12% de incremento de los nacimientos se produce gracias a un aumento del 536% de los nacidos de madre extranjera, ya que los nacidos de madre española aumentan únicamente un 5%.

Por otro lado, el número de muertes en la Región presenta un ligero aumento anual sostenido, consecuencia del crecimiento y envejecimiento de la población.

En cuanto a la distribución de la población de la Región de Murcia por edad, en la evolución de las pirámides de población entre 1991 y 2000 se aprecia

una tendencia al envejecimiento, con un aumento relativo de los mayores de 64 años superior al de España.

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia se caracteriza por tener un ritmo de crecimiento superior a la media de España, con una fecundidad en fase de recuperación y una población envejecida.

Sin tener en cuenta los movimientos migratorios, en el próximo decenio es de esperar:

- Un descenso en el número de nacimientos debido a que se incorporan a la edad de procreación generaciones menos numerosas, aunque se pueda continuar con la recuperación del Índice de Fecundidad.
- Y un estancamiento/disminución relativo del peso de las personas mayores de 64 años, debido a la incorporación de las cohortes nacidas al final de la década de los años 30. Sin embargo las personas con edades superiores a los 74 años (las que presentan una mayor dependencia y necesidades de cuidados) seguirán aumentando.

Los recursos del Sistema Sanitario Murciano

Seis Áreas de Salud

El Servicio Murciano de Salud, receptor desde el 1 de enero de 2002 de las funciones y servicios que el Insalud prestaba en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, se configura en el ámbito de la Atención Primaria en **seis Áreas de Salud** (I Murcia, II Cartagena, III Lorca, IV Noroeste, V Altiplano y VI Vega del Segura) con **tres Gerencias de Atención Primaria** (Murcia, que engloba las Áreas I, IV, V y VI, Cartagena y Lorca).

Tres Gerencias de Atención Primaria

Desde el inicio del nuevo modelo de Atención Primaria en la Región de Murcia en el año 1985 se ha ido completando la red de Equipos de Atención Primaria, existiendo un total de **76 Equipos de Atención Primaria en la actualidad**: 27 en el área de Murcia, 19 en el área de Cartagena, 8 en el área de Lorca, 6 en el área del Noroeste, 3 en el área del Altiplano y 13 en la de Vega del Segura.

76 Equipos de Atención Primaria

Además de los Centros de Salud, existen otros recursos asistenciales de Atención Primaria:

- 175 consultorios
- 46 dispositivos de atención continuada
- 26 unidades de salud bucodental
- 24 unidades de fisioterapia
- 72 unidades de psicoprofilaxis obstétrica
- 6 unidades de salud mental
- 3 unidades de atención a la mujer

- 1 equipo de atención domiciliaria
- 4 unidades de odontología

10 Bases del 061, de atención a la urgencia-emergencia.

Existe, además de las Gerencias referidas, la del **061 de Murcia**, creada en 1998, y en la que funciona un Centro Coordinador de Urgencias y **10 Bases** de atención a la urgencia-emergencia con Unidades Médicas Especializadas.

4.096 camas hospitalarias distribuidas en 25 hospitales, 14 privados y 11 públicos.

En lo que respecta a la **Atención Especializada**, la Región de Murcia dispone de 4.096 camas hospitalarias distribuidas en 25 hospitales, de los cuales 14 son privados y 11 públicos (6 del antiguo Insalud, 3 de la Comunidad Autónoma, 1 del Ministerio de Defensa y 1 de una Fundación Pública). Las infraestructuras públicas de cada área sanitaria son las siguientes:

- **Área I (Murcia).** En la actualidad dispone de tres hospitales de titularidad pública:
 - Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca. Es el hospital de referencia de la Comunidad Autónoma, integrando la mayoría de especialidades y servicios de cobertura regional. Cuenta con 881 camas.
 - Hospital General Universitario Morales Meseguer, que atiende también a la población del área VI. Cuenta con 444 camas.
 - Hospital General. Situado provisionalmente en el antiguo hospital de la Cruz Roja, con 75 camas. Actualmente se está construyendo nuevo Hospital General Universitario.
 - Además cuenta con dos Centros de Especialidades.
- **Área II (Cartagena).** En ella se localizan dos hospitales de titularidad pública: Hospital Santa María del Rosell, en Cartagena, con 384 camas, y el Hospital Los Arcos, en San Pedro del Pinatar, con 102 camas.
- **Área III (Lorca).** El hospital público que da cobertura a la población de esta área es el Hospital Rafael Méndez, situado en Lorca y que dispone de 224 camas. Cuenta además con un Centro de Especialidades.
- **Área IV (Noroeste).** En ella se encuentra el Hospital Comarcal del Noroeste, situado en Caravaca y que cuenta con 105 camas.
- **Área V (Altiplano).** La población de esta área es atendida en el Hospital Virgen del Castillo, en Yecla. Cuenta con 98 camas y un Centro de Especialidades en Jumilla.
- **Área VI (Vega del Segura).** Aunque el hospital de referencia es el ya mencionado Hospital General Universitario Morales Meseguer, parte de la asistencia es realizada por la Fundación Hospital de Cieza, con 172 camas.

Actualmente se encuentra en construcción el nuevo Hospital General Universitario

Finalmente, los recursos existentes actualmente en **salud mental y atención a drogodependientes** del Servicio Murciano de Salud están compuestos por: 16 Centros de Salud Mental/ Centros de Atención a Drogodependientes que atienden los programas de adultos, infanto-juvenil y drogodependencias, 4 unidades de rehabilitación-centro de día para adultos, 1 centro de día infanto-juvenil, 2 centros de día para drogodependientes, 5 pisos terapéuticos, 11 unidades de tratamiento con opiáceos, 4 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales, 2 unidades de internamiento psiquiátrico en hospital psiquiátrico, 1 unidad de desintoxicación hospitalaria, y 1 unidad de media estancia psiquiátrica.

Los profesionales del Sistema Sanitario Murciano

El personal que trabaja en el ámbito de la **Atención Primaria** de esta Comunidad Autónoma asciende a 2.419 personas, de las cuales el 63,29 % lo hace en la Gerencia de Murcia y el 24,10 % y 12,61 % en la de Cartagena y Lorca, respectivamente.

Del total de profesionales, el 36,92 % corresponde a personal sanitario no facultativo, el 35,55 % a personal facultativo, el 24,06 % a personal no sanitario y el resto (3,47 %) a personal de dirección, coordinación de Área y gestión.

Excluyendo por un lado a los profesionales que trabajan en los Servicios de Urgencias de Atención Primaria y por otro a aquellos que realizan su actividad en puestos de dirección, gestión y coordinación de Área y en las Gerencias, hay un Médico de Familia por cada 1.742 habitantes de la Región (tomando como población la de la Base de Datos de Tarjeta Sanitaria a 28 de diciembre de 2001), un Pediatra por cada 1.303 habitantes menores de 14 años de la Región, un ATS/ DUE por cada 1.931 habitantes, un Auxiliar de Enfermería por cada 11.642 habitantes, un Auxiliar Administrativo por cada 4.426 habitantes y un Celador por cada 18.479 habitantes.

En los Servicios de Urgencias de Atención Primaria trabajan un total de 341 personas, de las cuales 118 son Médicos, 98 son Enfermeros, 85 Celadores y 40 Conductores.

En relación con las Unidades de apoyo, en la Región hay 30 Odontostomatólogos, con una tasa de 1 por cada 38.806 habitantes. En cuanto a las Matronas hay 47 en la Región, con una tasa de 1 por cada 10.511 mujeres mayores de 14 años.

En lo que respecta a **Atención Especializada**, más de 9.800 profesionales trabajan en los nueve hospitales de titularidad pública generales de la Región de Murcia. De ellos, aproximadamente el 20% son facultativos, el 55% corresponde al resto del personal sanitario y el otro 25% al personal no sanitario. El Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca posee el 40,5% del total de los recursos humanos de atención especializada.

Atendiendo a los ratios de personal referidos a 1.000 Tarjetas Sanitarias Individuales, éstos arrojan los siguientes datos en la Región de Murcia: 1,3 facultativos, 4,6 sanitarios no facultativos y 2,2 profesionales no sanitarios.

*En Atención Primaria
trabajan más de
2.400 personas*

*En Atención
Especializada
trabajan más de
9.800
profesionales*

La Comunidad Autónoma cuenta con 0,5 facultativos por cama, 1,9 sanitarios no facultativos y 0,9 profesionales no sanitarios por cama. Si tenemos en cuenta estos ratios de personal en los hospitales públicos generales de la Región de Murcia, éstos ascienden a 0,75 facultativos, 2,11 sanitarios no facultativos y 0,95 profesionales no sanitarios por cama.

La actividad hospitalaria

En la tabla siguiente se detallan los indicadores más frecuentes de actividad hospitalaria de la Región de Murcia en el periodo 1997-2001:

	1997	1998	1999	2000	2001	% var. 01/97
Hospitalización						
Estancia media	7,32	7,22	7,23	7,17	6,76	-7,6%
Índice ocupación	81,67	81,51	83,15	81,38	75,86	-7,1%
Índice rotación	40,71	41,23	41,97	41,55	42,75	5%
Índice mortalidad	2,96	2,90	3,26	3,26	3,59	21,3%
Ingresos/ día	220,83	218,87	229,10	238,49	209,30	5,2%
Urgencias						
Urgencias día	1.029,44	1.052,32	1.178,59	1.249,81	1.616,87	57%
Presión de urgencias	74,99	77,50	80,96	79,27	78,16	4,2%
Consultas						
Relación sucesivas/ primeras	1,60	1,73	1,67	1,88	1,94	21,2%
Actividad quirúrgica						
Intervenciones urgentes/ día	23,92	22,18	25,67	27,12	31,16	30,3%
Intervenciones programadas/ día hábil	82,23	82,24	78,79	78,28	92,46	12,4%
Actividad obstétrica						
Partos/ día	29,08	28,34	29,44	31,36	36,47	25,4%

Como se observa en la tabla anterior, la evolución de la actividad hospitalaria en la Región de Murcia durante el periodo 1997-2001 ha seguido la siguiente tendencia:

- o Disminución progresiva de la estancia media
- o Disminución de los índices de ocupación y rotación
- o Aumento de las urgencias atendidas diariamente
- o Aumento de la relación “consultas sucesivas/ primeras consultas”
- o Importante incremento de las intervenciones quirúrgicas programadas

Por otro lado, la frecuentación hospitalaria en la Región de Murcia desde el año 1994 al 2000 aumentó un 21%, pasando de 90,3 a 109,5 ingresos por cada 1000 habitantes.

El Sistema Sanitario Murciano en el Horizonte 2010

Aunque la vigencia temporal del Plan de Salud es el periodo 2003-2007, en su elaboración han sido tenidos en cuenta las grandes tendencias de futuro de esta década.

La visión de futuro del sistema sanitario murciano en el horizonte 2010 viene configurada por los siguientes rasgos:

- Implicación del ciudadano en el mantenimiento de su estado de salud
- “Poder” del paciente
- Nuevo papel de los profesionales
- Importancia de los autocuidados
- Impacto de las tecnologías de información y comunicación
- Convergencia tecnológica
- *Continuum* asistencial
- Medicina molecular e importancia del Genoma humano

Implicación del ciudadano en el mantenimiento de su estado de salud

La primera constatación sobre los elementos relevantes en el futuro es que los sistemas sanitarios deben orientarse hacia el ciudadano. No sólo al paciente, que lógicamente también, pero en primer lugar hacia el ciudadano.

No hay estrategia de salud a largo plazo que pueda mantenerse y ser eficaz en las sociedades avanzadas, que no sea sobre la base de una implicación del ciudadano en el mantenimiento de su estado de salud.

La base de esta afirmación es que el 80% de la morbilidad son enfermedades crónicas, que el 70% de esta morbilidad son enfermedades evitables y que se puede retrasar la aparición de la cronicidad mediante la puesta en marcha de programas que implican la participación activa del ciudadano.

“Poder” del paciente

Creemos que los actuales sistemas sanitarios europeos, con el papel predominante en ellos de las Administraciones sanitarias, evolucionarán hacia sistemas más “centrados en los pacientes” y en los que el papel de éstos sea mucho más relevante.

Esto significará:

Implicación y participación activa del ciudadano en el mantenimiento de su estado de salud

Sistemas más centrados en los pacientes, cuyo papel será más relevante

- En vez de un mundo sanitario de medicina compartimentalizada, los pacientes exigirán “modelos integrados de atención”, focalizados en el conjunto de la persona.
- Los pacientes asumirán mayores responsabilidades en el cuidado de su salud y colaborarán más estrechamente con su médico en la toma de importantes decisiones sobre las opciones terapéuticas.
- Los pacientes demandarán que los tratamientos, en particular en enfermedades crónicas, sean realizados en un entorno de comodidad. Esto va a significar la aparición del *hogar* como un importante entorno de atención.

Nuevo papel de los profesionales

Gestión del conocimiento y las competencias de los profesionales.

Al ser el sistema sanitario lo que se entiende por una “empresa del conocimiento”, el papel de los profesionales es muy relevante. Estas instituciones valen lo que vale la capacidad y la iniciativa de sus profesionales. Por eso, en los mismos, los aspectos relacionados con gestión del conocimiento y de las competencias son muy relevantes.

Los pacientes estarán implicados en las decisiones de los profesionales.

Al mismo tiempo, el “nuevo poder” de los pacientes hará que los profesionales se vean obligados a implicar y hacer partícipes a los mismos de sus decisiones.

Por otro lado, el profesional deberá participar activamente en la prevención de enfermedades, no solo en el plano asistencial, ejerciendo como modelo de comportamiento para los pacientes.

Importancia de los autocuidados

En relación con la mayor implicación del ciudadano en el mantenimiento de su estado de salud, creemos que el sistema sanitario del futuro potenciará el papel de los “autocuidados”.

Educación a los ciudadanos con información y guías. Los autocuidados contribuyen a una mejor salud.

Esto requiere educar a los ciudadanos con información y guías, todo bajo el concepto básico de que el ciudadano informado puede:

- Determinar cuándo es necesaria y cuándo no la asistencia de un profesional
- Comprender la necesidad de mejorar los hábitos (promover la salud)

Hay suficiente evidencia de que los autocuidados contribuyen a una mejor salud y, al mismo tiempo, reducen el uso de los recursos y, por lo tanto, el coste.

Impacto de las tecnologías de información y comunicación

eEurope: la salud en línea

El uso de las tecnologías avanzadas de información y comunicación será la fuerza de mayor impacto en la atención sanitaria en la próxima década.

El gran impacto de Internet, la revolución de la información en el siglo XXI, será de tanta importancia en la forma sobre cómo las personas se

comunican, transaccionan y viven como fue la revolución industrial en la primera mitad del siglo XX.

Bajo el impulso de la política de la Unión Europea **eEurope**, uno de cuyos componentes es **la salud en línea**, los sistemas sanitarios europeos se transformarán, posibilitando el trabajo en red mediante la intercomunicación de todos los agentes del sistema sanitario (hospitales, centros de salud, farmacias, etc.). Esto permitirá, entre otras cosas, una conexión directa entre pacientes con enfermedades crónicas y su médico o profesional de la salud.

Así, la eSalud o salud electrónica significará más salud.

Convergencia tecnológica

Definimos la convergencia tecnológica como la combinación de tecnologías previamente distintas y diferenciadas.

Un hecho de la máxima relevancia será la convergencia tecnológica de la tecnología médica con las tecnologías de la información. La práctica óptima de la medicina en el futuro combinará las intervenciones tradicionales mecánicas, farmacológicas y quirúrgicas con nuevas terapias de base eléctrica, tratamientos biológicos y uso innovador de las tecnologías de la información.

Continuum asistencial

Uno de los problemas de la asistencia tal y cómo hoy la conocemos es la fragmentación y compartimentación de la misma. Será uno de los rasgos del futuro la exigencia de la continuidad asistencial por parte de los pacientes.

Las nuevas tecnologías de información y comunicación proveen el sustrato para la formalización de este *continuum* asistencial.

Medicina Molecular e importancia del Genoma humano

Aunque las consecuencias del proyecto Genoma humano sobrepasarán con mucho esta década, es probable que algunos de sus efectos ya empiecen a notarse en el horizonte 2010.

El proyecto permitirá el mejor conocimiento diagnóstico y la aparición de nuevas terapias y, en general, orientará la medicina hacia una actividad más predictiva que curativa.

Objetivos Generales

La modernización del sistema sanitario en la Región de Murcia conlleva una serie de acciones que podemos agrupar en las siguientes líneas:

- La colocación del ciudadano en el centro del sistema
- El refuerzo de la autonomía del paciente
- La incorporación de las nuevas tecnologías
- La implantación de una política de calidad

*Convergencia
tecnológica de la
tecnología médica
con las tecnologías
de la información*

*Continuidad
asistencial a los
pacientes, sin
fragmentación y
compartimentación*

*Orientación de la
medicina hacia una
actividad más
predictiva que
curativa*

- El diseño de una política de recursos humanos basada en la gestión por competencias
- El refuerzo de aquellos elementos que, por incidir en la mejora de la eficiencia, son un factor de refuerzo de la sostenibilidad del sistema sanitario

Estos objetivos generales se traducen en una serie de líneas de actuación que agruparíamos bajo los siguientes epígrafes:

- Orientación hacia los ciudadanos/ pacientes
- Orientación hacia los profesionales
- Excelencia en la calidad del servicio
- Incorporación de las nuevas tecnologías
- Articulación de las relaciones con el entorno

Las grandes líneas de actuación en torno a estos cinco ejes de objetivos generales se representan en el siguiente cuadro:



Líneas de Actuación

Orientación hacia los ciudadanos/pacientes

1. Impulso de la Red Sanitaria de Utilización Pública

La protección de la salud es un derecho constitucional, articulado en la actualidad a través de la Ley General de Sanidad (Ley 14/86, de 25 de Abril, General de Sanidad). La prestación de servicios sanitarios queda garantizada a todos los ciudadanos de la Región de Murcia, en este caso por el Gobierno de la Comunidad Autónoma.

Actualmente la accesibilidad de los ciudadanos al Sistema se ve mermada por unas listas de espera, en determinadas especialidades y/o pruebas diagnósticas, que exceden lo que en términos de salud podría considerarse como deseable. Consciente de este problema, el Gobierno Regional pretende reducir estas listas de espera, dentro de un criterio de sostenibilidad económica y eficiencia del sistema.

Teniendo en cuenta que uno de los ejes estratégicos de este Plan de Salud, es la mejora de la accesibilidad del Sistema a los ciudadanos, el objetivo que se plantea la Consejería de Sanidad y Consumo es la utilización de todos los recursos de la Red Asistencial Murciana, garantizando el equilibrio presupuestario y por tanto su desarrollo sostenible, para lo cual se pretende crear, en el plazo de la vigencia de este Plan de Salud, la Red Sanitaria de Utilización Pública de la Región de Murcia.

La Red Sanitaria de Utilización Pública de la Región de Murcia estará compuesta por todos los centros asistenciales del Servicio Murciano de Salud, más aquellos recursos privados necesarios debidamente acreditados según estándares de calidad y servicio; y con los cuales se establecerán relaciones contractuales duraderas, de manera que se garantice una cobertura sanitaria excelente y eficiente a todos los murcianos.

2. Reorganización de la prestación de los servicios sanitarios en torno a áreas de gestión integral de servicios sanitarios

La gestión integral de prestación de servicios sanitarios es el proceso fundamental de lograr y mantener un estado de salud óptimo de la población asignada a través de un *continuum* de servicios integrados, monitorizados y con evaluación clínica, con el objetivo de mejorar los servicios optimizando los costes.

Por lo tanto, un sistema de prestación asistencial que ofrezca:

- ✓ la atención apropiada;
- ✓ en el momento oportuno;
- ✓ en el sitio correcto;
- ✓ al coste adecuado; y,

Reducción de las listas de espera dentro de un criterio de sostenibilidad económica y eficiencia del sistema.

Mejora de la accesibilidad.

Utilización de todos los recursos de la red asistencial murciana.

Servicios integrados, monitorizados y con evaluación clínica

- ✓ con unos resultados óptimos y medibles

La población de un área se distribuye en diferentes bloques según su estado de salud: población que goza de buen estado de salud, población en situación de riesgo, enfermos agudos, enfermos crónicos y población con enfermedades complejas o terminales. Cada uno de estos grupos poblacionales será abordado con estrategias diferentes desde la perspectiva de promoción de la salud, preventivas o asistenciales.

Hasta el momento, el grueso de la actuación sanitaria se ha centrado en proporcionar tratamiento asistencial a la población enferma (aguda o crónica), y en menor medida a mantener un buen estado de salud entre la población.

Esfuerzo extraordinario en mantener a la mayor parte de la población sana, potenciando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

La gestión de áreas de salud implica, por parte de las autoridades sanitarias, realizar un esfuerzo extraordinario en mantener a la mayor parte de la población sana, potenciando la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades mediante el control de las situaciones de riesgo, sin que se reduzca el nivel y la calidad de la asistencia prestada a la población enferma.

Para conseguir este propósito, las Áreas de Salud han de contar con una serie de herramientas, que faciliten la promoción y la prevención, la adopción de medidas de autocuidados por parte de la población cubierta, la gestión de los grupos de riesgo, la gestión de enfermedades, etc. Estas herramientas han de estar soportadas por tecnología, incentivos y evaluaciones periódicas de las distintas actuaciones.

Áreas de Gestión Integral de Servicios de Salud: proyecto piloto en el área de Yecla

Durante el periodo de vigencia de este Plan de Salud, la Consejería de Sanidad y Consumo convertirá sus actuales áreas de salud en Áreas de Gestión Integral de Servicios de Salud, partiendo de estos principios y de la evaluación que se realice de la experiencia piloto que en este sentido se está llevando a cabo en el área de salud de Yecla.

3. Modernización de la estructura de prestación de servicios de Salud Pública

La prestación de servicios de salud pública necesita un nuevo impulso en la Región de Murcia. La Consejería de Sanidad y Consumo se ha marcado este impulso como objetivo dentro de este Plan de Salud, basándose en los siguientes elementos:

- La incorporación de herramientas de gestión orientadas a la calidad técnica, la salud pública basada en la evidencia y la calidad del servicio desde la perspectiva del ciudadano.
- La potenciación de la estructura de salud pública en las áreas de salud.
- El diseño de la cartera de servicios de salud pública a nivel regional y de las áreas de salud.
- La optimización de la capacidad de respuesta a las emergencias reforzando la autoridad sanitaria, definiendo claramente quién tiene la

Nuevo impulso a la prestación de servicios de salud pública en la Región de Murcia

responsabilidad profesional de responder y ante qué instancia es responsable.

- La coordinación de los servicios de salud pública con los servicios asistenciales, en el marco de las áreas de gestión integral.
- La mejora de la coordinación con los municipios y otros organismos con competencias (Medio Ambiente, Trabajo, etc.)

4. Adecuación de las infraestructuras

En un compromiso por mejorar y adecuar las infraestructuras del sistema sanitario público de la Región de Murcia, la Consejería de Sanidad y Consumo realizará, durante el periodo 2002-2007, un esfuerzo inversor muy relevante para la ampliación y reforma de los centros existentes y la construcción de nuevos centros, lo que supondrá una duplicación de la inversión realizada en el periodo anterior (1995-2001), con una inversión prevista total de más de 240 millones de euros.

Este esfuerzo se traducirá en la adecuación de las infraestructuras sanitarias de la Región de Murcia de la siguiente forma:

- Construcción de más de 15 nuevos Centros de Salud
- Inversión en reformas y equipamientos de numerosos consultorios locales
- Obras de ampliación y reforma del Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia), del Hospital Comarcal Noroeste (Caravaca), del Hospital Rafael Méndez (Lorca), del Hospital Virgen del Castillo (Yecla) y del Hospital Santa María del Rosell (Cartagena); así como la finalización del nuevo Hospital General Universitario de Murcia.

Asimismo, se llevarán a cabo nuevos proyectos, como son la construcción del nuevo Hospital Los Arcos, el nuevo Hospital de Cartagena y la nueva Área Materno- Infantil del Hospital Virgen de la Arrixaca, así como otros proyectos nuevos de importancia que pudieran surgir durante el periodo de vigencia del III Plan de Salud y cuya ejecución se considere necesario acometer.

Inversión de más de 240 millones de euros en obras de reforma y construcción de nuevos Centros de Salud y Hospitales

Orientación hacia los profesionales

1. Avanzar hacia un modelo de Gestión por Competencias

La Consejería de Sanidad y Consumo pretende, en los próximos años, afrontar el reto de transformar su modelo de gestión de Recursos Humanos, pasando de la actual gestión administrativa de su personal a un modelo de Gestión Integral por Competencias. Este nuevo enfoque considera que la gestión de las personas debe alinearse con la estrategia de la organización.

Este modelo establecerá las competencias como elemento básico de transformación de los distintos ámbitos de la gestión de recursos humanos, desde la selección de sus profesionales, hasta la formación, retribución y promoción de los mismos.

La gestión por competencias implica utilizar las competencias como base para la gestión de las personas y un cambio de filosofía y enfoque evolutivo del puesto de trabajo, como núcleo y unidad básica organizativa, hacia la persona.

Las competencias son inherentes a la persona, no al puesto de trabajo; prevén una relación entre las características de la persona y la consecución de resultados; y son demostrables, esto es, observables y medibles.

Este modelo de gestión por competencias traerá consigo múltiples beneficios: un alineamiento de los profesionales con los objetivos de la organización; una multifuncionalidad y polivalencia de las personas; un fomento del desarrollo profesional en un entorno cambiante y una ventaja competitiva perdurable.

2. Impulso de la Gestión Clínica

La Gestión Clínica implica a los profesionales clínicos en la gestión de los recursos e introduce los términos de participación, descentralización de la gestión y transferencia de riesgos. Pretende la implicación de las unidades de producción en la gestión de los recursos con la finalidad de implicar a los profesionales en el resultado final, tanto de actividad como económicos.

A nivel organizativo implica dotar a una unidad asistencial de la capacidad e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades. El esquema obedece a estructuras simples, con gran autonomía de gestión, énfasis en el trabajo en equipo y delegación de tareas.

Con este cambio organizativo las unidades se caracterizarán por disponer de:

- Línea de producto definida en términos de patologías cuyo tratamiento constituye la finalidad de la unidad como organización.
- Objetivos cuantificables en términos de producción, calidad y coste.
- Recursos humanos, materiales y económicos adecuados a los objetivos.

Alineamiento de los profesionales con los objetivos de la organización

Participación, descentralización de la gestión y transferencia de riesgos

- Identificación de un responsable.
- Instrumentos de gestión adecuados. Competencias de fijación y negociación de objetivos y presupuesto, así como de organización y gestión de la propia unidad para la evaluación de los resultados y la toma de decisiones, entre los que el sistema de información es muy importante.
- Marco de relación con unas reglas de juego claras que definan los límites de la autonomía en el seno de la organización sanitaria en su conjunto y en las relaciones con otras unidades.
- Unos incentivos claros que estimulen y premien la consecución de objetivos.

Extensión de la gestión clínica a otros niveles asistenciales

A través de este Plan de Salud, la Consejería de Sanidad y Consumo se plantea como objetivo para los próximos cinco años impulsar la Gestión Clínica dentro de las Áreas de Gestión Integral de Servicios de Salud, transfiriendo también este concepto y forma de trabajo a otros niveles asistenciales.

3. Implantación de un Modelo de Gestión del Conocimiento

Es necesario todavía realizar importantes esfuerzos para conseguir trasladar al entorno sanitario la aproximación global de la gestión del conocimiento. La institución sanitaria está obligada a prestar una asistencia de acuerdo con la mejor evidencia disponible, ello implica que se deben potenciar las capacidades de su personal a través de una adecuada gestión del conocimiento, facilitando a sus profesionales el acceso a fuentes de información cualificadas. Se trata de un proceso global de transformación cuyo cambio también debe ser gestionado.

Conocimiento accesible y prestación de servicios excelente

Todos los profesionales del Servicio Murciano de Salud y de la Consejería de Sanidad y Consumo son productores de un conocimiento que resulta necesario para desarrollar una base científica de excelente nivel en la región, y que debe estar accesible a todos los profesionales, de forma que los servicios prestados a los murcianos sean de excelente y homogénea calidad. Para que esto sea así, es necesario que la Región de Murcia disponga de un espacio de conocimiento apoyado en las nuevas tecnologías de la información y el conocimiento.

Espacio de conocimiento apoyado en las nuevas tecnologías

La Gestión del Conocimiento, tal y como se propone desde la Consejería de Sanidad y Consumo, es una estrategia que asegura que el conocimiento valioso es identificado, capturado, generado, compartido, analizado y usado, con el fin de mejorar la capacidad de los profesionales a la hora de tomar decisiones para mejorar y mantener la salud de los murcianos

El conocimiento, entendido como la disposición de información, en momento y sitio oportuno, para tomar la decisión más acertada, es la herramienta principal que una organización puede poner en manos de sus profesionales.

El objetivo de la implantación de un Sistema de Gestión del Conocimiento del sistema público sanitario de la Región de Murcia es usar la información contenida en los distintos departamentos (en la mente de los profesionales, en las relaciones que se establezcan con otras organizaciones y en los repositorios de información) para conseguir la misión de ayudar a los murcianos a mantener y mejorar su nivel de salud.

En este marco, se implantaría un modelo de Gestión del Conocimiento en el sistema sanitario murciano capaz de cubrir los requerimientos de todas las dimensiones que lo integran:

- Capaz de recoger la información procedente de todo tipo de fuentes.
- Basado en el aprovechamiento de todos los métodos existentes para gestionar el conocimiento: experiencia profesional, formación tradicional, guías clínicas y protocolos.
- Capaz de soportar proyectos de creación, transmisión y análisis del conocimiento.
- Que permita la organización del conocimiento por materias, especialidades y procesos.
- Con cobertura multicanal: web, Intranet, telefónica, etc.
- Que recoja las necesidades de todos los usuarios en la generación de conocimiento organizacional: ciudadanos, gestores y profesionales.

4. Potenciación de la Investigación

La formación continuada y la investigación, en cualquier organización, es la mejor garantía de que el personal está actualizado y así servir mejor a la sociedad.

La investigación sanitaria ha de generar conocimiento que revierta a la sociedad. Desde este enfoque la investigación sanitaria irá alineada con la política que el Gobierno Regional impulsa desde el Plan Regional de Investigación, Desarrollo Tecnológico y del Conocimiento.

La Fundación Séneca, como centro coordinador de investigación es ya una realidad consolidada con el fin de coordinar, informar y asesorar a los sectores relacionados con la investigación.

La Consejería de Sanidad pretende impulsar la formación continuada y la Investigación Sanitaria como una apuesta clara hacia una mejor calidad de los servicios prestados al ciudadano.

La Calidad como
filosofía de gestión

Excelencia en la calidad del servicio

El Gobierno de la Región de Murcia entiende la calidad como una filosofía de gestión mediante la cual una organización- Consejería de Sanidad y Consumo-, pretende satisfacer las necesidades y expectativas de sus grupos de interés (ciudadanos/pacientes, empleados y sociedad en general), utilizando eficientemente los recursos humanos, financieros y tecnológicos que posee.

En la Región de Murcia se entiende que la consecución de los objetivos de calidad del Sistema Sanitario está íntimamente ligada a la formación de los profesionales y la investigación de nuevos métodos y herramientas. De este modo se creó el Programa EMCA, que comenzó a funcionar en el año 1994, de forma conjunta entre la Consejería de Sanidad y Consumo, el Servicio Regional de Salud y la Universidad de Murcia.

Programa EMCA:
formación,
investigación y
asesoría en
calidad

El Programa EMCA es un proyecto de formación, investigación y asesoría que tiene como fin último potenciar la implantación de las actividades relacionadas con la gestión de la calidad en el Sistema de Salud de Murcia. De este modo, se basa en el fomento inicial de actividades voluntarias, internas, con mejoras específicas documentables (Programas internos), apoyadas externamente a través de programas sólidos de formación, ayuda metodológica e investigación aplicada (Programas externos).



Los programas externos son llevados a cabo por organismos relacionados con los centros, pero ajenos a ellos. Su objetivo es comparar información procedente de diferentes centros y servicios sanitarios. El papel inicial fundamental de estos programas es ayudar a los centros a tener programas internos y diseñar y poner en marcha incentivos (en forma de subvenciones) para que éstos sean una realidad.

El programa EMCA imparte formación a profesionales de la Región, fomentando la actualización de éstos en temas relativos a la gestión de la calidad.

Asimismo, el Programa EMCA potencia la puesta a punto de herramientas metodológicas y fomenta su investigación por parte de los propios servicios sanitarios. La creación de una Unidad de Investigación (Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia) que facilita ayuda metodológica, junto al desarrollo de proyectos específicos y el apoyo financiero, constituyen las actividades del programa de investigación.

Además de los proyectos desarrollados en la Unidad de Investigación, fomenta la investigación sobre Gestión de Calidad en los centros sanitarios de la Región, a través de una convocatoria anual de Ayudas a la Investigación.

Desarrollo de Programas de Calidad como objetivo a medio plazo

En el Programa EMCA, el apoyo externo se materializa, junto a la formación de los profesionales y la potenciación de la investigación aplicada, con asesoramiento metodológico a los niveles directivo y profesional.

El Programa EMCA no entra en la línea ejecutiva de los programas de calidad de los centros asistenciales, si bien un objetivo a medio plazo es la construcción de programas estables e integrados en todos los niveles del sistema y el desarrollo de un programa externo regional que incluya la monitorización y acreditación voluntaria.

Plan de Calidad de la Consejería de Sanidad y Consumo y el Servicio Murciano de Salud

En esta línea, la Consejería de Sanidad y Consumo y el Servicio Murciano de Salud pretenden diseñar y poner en marcha un **Plan de Calidad**, definido como un conjunto de directrices (estrategias y objetivos) conectadas entre sí, enmarcadas en una política de calidad, que supongan la referencia para el despliegue de actuaciones concretas dirigidas a la mejora continua de la gestión de una organización y orientadas a la satisfacción de sus ciudadanos/ pacientes. Todo ello para conseguir la excelencia en la calidad del servicio prestado en cualquier ámbito del Servicio Murciano de Salud.

Incorporación de las nuevas tecnologías

La Consejería de Sanidad y Consumo pretende potenciar y mejorar los contenidos y funcionalidades de su Portal Sanitario actualmente en marcha, como punto de encuentro entre los ciudadanos y el Sistema Sanitario Murciano, facilitando la accesibilidad de los murcianos a los servicios de salud a través de un portal de salud, uniendo en este concepto diferentes servicios de atención al ciudadano/paciente: información general sobre recursos sanitarios disponibles, formación y programas de atención.

El Portal Sanitario como punto de encuentro entre los ciudadanos y el Sistema Sanitario Murciano

Durante 2002 la Consejería de Sanidad y Consumo y el Servicio Murciano de Salud han elaborado el Plan Director de Sistemas de Información. Los sistemas de información son un conjunto de procesos y procedimientos organizados para el tratamiento de datos, cuyo fin es reducir la incertidumbre

Plan Director de Sistemas de Información

en la toma de decisiones, permitiendo el control de la organización y su adaptación al entorno, respondiendo a las expectativas y demandas de sus usuarios.

El Plan Director de Sistemas de Información tiene como objetivo proporcionar un marco de referencia para el desarrollo de los sistemas de información que responda a los objetivos estratégicos de la Consejería de Sanidad y Consumo.

El ámbito del Plan abarca los sistemas de información de las organizaciones sanitarias que prestan sus servicios en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, incluyendo los centros y servicios del Servicio Murciano de Salud y los centros y servicios de la Dirección General de Planificación y Financiación Sanitaria y de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería.

Los objetivos que debe alcanzar son los siguientes:

Sistema integrado

- Disponer de un sistema integrado que incluya los sistemas de información clínica y asistencial (historia clínica electrónica), los sistemas de gestión económica y financiera, incluyendo contabilidad analítica, así como los sistemas de gestión de recursos humanos, teniendo en cuenta que en esta materia de recursos humanos la aplicación está definida dentro del sistema SIGEPAL.

Base de datos de población única

- Disponer de un sistema integrado, compartiendo una base datos de población común y única en toda la red sanitaria regional, que entre otras funciones sea la base para la identificación del derecho a la asistencia sanitaria a través de la tarjeta sanitaria.

El usuario (población y profesionales) como centro de referencia del sistema.

- Disponer de un sistema que tenga como centro de referencia al usuario (población y profesionales), dando respuesta a sus necesidades y facilitando la accesibilidad a los recursos sanitarios, utilizando las tecnologías de la información y comunicación para la puesta en marcha de una Intranet / Internet, dentro de las actuaciones llevadas a cabo por la Consejería de Sanidad y Consumo en la puesta en marcha del Portal Sanitario de la misma.

Dato único

- Diseñar un sistema de información que funcione empleando el "dato único" con el objeto de evitar duplicidades de registros y la captura repetida de información ya disponible.

Planificación y control

Descentralización de la gestión

- Mejorar la planificación de los recursos y el control de la gestión.
- Permitir un alto grado de descentralización de la gestión en todos los niveles de la organización, facilitando el desarrollo de la gestión clínica.

Adaptabilidad

Disponibilidad, integridad, confidencialidad y protección de la información

- Permitir un desarrollo continuo del sistema mediante su adaptación a las necesidades de los usuarios y a las posibilidades tecnológicas.
- Garantizar la disponibilidad, integridad, confidencialidad y la protección de la información.

Conectividad integral

- Definir las redes de comunicación y transmisión de datos que permitan la conectividad integral de sistemas y comunicaciones de todos los puntos y niveles de la organización sanitaria de la Región y la necesaria interrelación con otras redes de la Administración Regional.

Información consolidada a nivel corporativo

- Disponer de la información consolidada a nivel corporativo, accesible por todos los usuarios del sistema, en función de los perfiles de autorización que se definan.

Durante el periodo de vigencia del III Plan de Salud de la Región de Murcia se impulsarán los siguientes proyectos:

1. Red Corporativa de Comunicaciones

Red corporativa de comunicaciones robusta y rápida

Tiene como objetivo dotar al sistema sanitario regional de una red de comunicaciones robusta y rápida, con capacidad para transmitir voz, datos e imagen a todos los centros del entorno sanitario murciano, como soporte a la arquitectura definida a medio y largo plazo en el Plan de Sistemas.

La Red debe asegurar la integridad, disponibilidad, confidencialidad y autenticidad en el almacenamiento, transmisión y procesamiento de los datos, en cualquier circunstancia.

2. Centro de Gestión de Sistemas

Centro de soporte

Tiene como objetivo el diseño, construcción, implantación, operación y gestión de un centro para dar soporte a los sistemas de información de la red sanitaria regional.

3. Base de Datos de Población

Base de datos de población única

El objetivo de este proyecto es la implantación de una base de datos de población única que integre toda la información sanitaria y administrativa de los ciudadanos y recursos en contacto con la sanidad murciana. Esta base de datos constituirá el núcleo del sistema y permitirá la identificación unívoca del ciudadano y su historia de salud, dará cobertura a la función de aseguramiento así como a aspectos de ordenación funcional como adscripción a clave médica por libre elección individual, financiación capitativa, ...

4. Sistemas de Información de Soporte

Sistemas de información de soporte alineados con el proyectos Sigepal

A lo largo del periodo de vigencia del III Plan de Salud se desarrollarán unos sistemas de información de soporte en materia de recursos humanos, gestión económica y de logística y aprovisionamiento alineados con los que está implantando el proyecto Sigepal de la Administración Regional y adaptadas a las necesidades del sistema sanitario murciano.

5. Sistemas de Información Asistenciales. Historia Clínica.

Informatización de la historia clínica

El proyecto pretende cubrir las carencias identificadas actualmente en la continuidad asistencial originadas por la heterogeneidad o inexistencia de sistemas de información, de modo que permita dotar a los profesionales de

una herramienta que le facilite la labor diaria para prestar el mejor servicio asistencial.

La informatización de la historia clínica permitirá garantizar que sea el soporte de la gestión de todo el proceso asistencial, íntegramente desde el acceso, la intervención, hasta el alta, vinculando la participación de todos los profesionales al proceso, facilitando el trabajo en equipo, dando acceso inmediato al clínico a la información del paciente y ayudando al profesional en la toma de decisiones.

6. Sistemas de Información Departamentales.

Asimismo, este proyecto pretende homogeneizar los aplicativos asistenciales departamentales que cubren las áreas funcionales de laboratorios, farmacia, diagnóstico por imagen y anatomía patológica.

7. Centro de Llamadas.

El objetivo es la implantación de un centro atendido por profesionales formados en la atención y escucha de llamadas que permita ofrecer la mejor información y los mejores servicios de salud a los ciudadanos.

En una primera fase se desarrollará un centro piloto con un rango limitado de servicios para atender exclusivamente a los ciudadanos de un área. Progresivamente se extenderá a los ciudadanos de toda la Región.

8. Cuadro de Mando Integral.

Se pretende disponer de un repositorio de datos común e integrado para toda la sanidad murciana, que permita obtener información homogénea de gestión a distintos niveles de detalle de acuerdo a las necesidades de los usuarios, nivel de responsabilidad y periodicidad definida.

Un Cuadro de Mando Integral es un modelo de gestión que traduce la estrategia en objetivos relacionados, medidos a través de indicadores y ligados a unos planes de acción que permiten alinear el comportamiento de los miembros de la Organización. De este modo, la articulación estratégica de un Cuadro de Mando se basa en determinar, a partir de la misión y objetivos estratégicos de la organización, los factores de los que depende su éxito, los indicadores clave de actividad y las actividades críticas para la organización.

Homogeneización de laboratorios, farmacia, diagnóstico por imagen y anatomía patológica

Información y servicios de salud a los ciudadanos mediante un Centro de Llamadas

Repositorio de datos común e integrado.



Un **factor clave de éxito** es una descripción cualitativa de un cierto elemento de la estrategia corporativa en el cual la Organización debe sobresalir para tener éxito. Los **indicadores clave de actividad** son unidades de medida usadas para cuantificar un factor clave de éxito. Estos indicadores pueden ser de causa (esfuerzo realizado) o de resultado (efecto conseguido). Por su parte, las **actividades críticas para la organización** son aquellas acciones priorizadas en las que la Organización se va a centrar para la consecución de los objetivos estratégicos establecidos.

La implantación de un Cuadro de Mando Integral ha de incluir, finalmente, el desarrollo de un **formato de reporte** que incluya:

- Factores críticos de éxito e Indicadores clave de actividad
- Objetivo del indicador clave de actividad
- Resultados actuales
- Desviación del resultado con respecto al objetivo
- Proyección sin acción correctora
- Análisis de causas
- Análisis de propuestas
- Resultados esperados de las acciones propuestas

De este modo, los modelos de reporte han de contener dos áreas, una parte de información sobre la actividad que se desarrolla y otra sobre acciones futuras.

Articulación de las relaciones con el entorno

El sector sanitario está sometido actualmente a multitud de fuerzas que impulsan una nueva concepción del mismo. Por un lado, la complejidad y continuada evolución de las técnicas aplicadas a la propia asistencia, las nuevas direcciones en la investigación y desarrollo (revolución de la biotecnología, desarrollo de fármacos más eficientes, nuevas herramientas diagnósticas y terapéuticas, etc.) y el vertiginoso desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación, hacen de la sanidad del siglo XXI una de las principales áreas con oportunidades de cambio. De otra parte, la creciente demanda social de una asistencia sanitaria continua y de calidad, unida al envejecimiento de la población y a la necesidad de controlar los presupuestos públicos, constituyen elementos clave que condicionan su evolución.

*Alianza para la
Salud en la Región
de Murcia*

En este contexto es muy importante el papel de la Administración Sanitaria, vista hasta ahora como solamente de la Red pública, pero que ha de transformarse en impulsora de lo que se ha dado en denominar *Alianza para la Salud en la Región de Murcia*.

El concepto de Alianza es un modelo de organización, inicialmente empresarial, basado en la idea de que aquellas organizaciones interrelacionadas en un área limitada geográficamente ejercen, gracias a su cercanía y competitividad, de motor de crecimiento económico para toda el área.

Los objetivos generales de esta *Alianza* son los siguientes:

- Incrementar la capacidad de Investigación, Desarrollo e Innovación de la región: promover un nuevo esquema industrial que facilite el desarrollo de productos y la experimentación clínica.
- Consolidar las relaciones ya existentes y crear nuevos vínculos entre los diversos actores: centros de atención sanitaria, laboratorios químicos y farmacéuticos, fabricantes de productos médicos, universidades, centros de investigación, compañías aseguradoras sanitarias, etc.
- Atraer, retener y fomentar la interacción del conocimiento y los mejores recursos humanos.
- Mejorar la imagen regional en servicios sanitarios.
- Atraer, mediante la progresiva ejecución de los objetivos anteriormente descritos, nuevas empresas e instituciones a la región y al entorno, no sólo del mundo sanitario, sino también de otros sectores.

Con esta Alianza para la Salud en la Región de Murcia se pretende impulsar relaciones de colaboración entre todos los muy variados agentes implicados en la promoción y protección de la salud de los murcianos. Siempre desde la perspectiva de que la Administración, y en particular la Consejería de

Sanidad y Consumo, tiene un papel relevante, pero ni mucho menos único. Y que gran parte de su labor es precisamente el estimular esta relación entre todos los agentes cuyo papel es tan importante en el mantenimiento del estado de salud (centros sanitarios, farmacias, centros docentes y de investigación, empresas proveedoras de materiales y servicios al sector sanitarios, asociaciones de usuarios, ONG's, etc.)

VII. Gestión del Plan

El diseño del III Plan de Salud de la Región de Murcia incluye, como exigencia, la necesidad de una evaluación de todos los objetivos y líneas de actuación, y la identificación de los agentes responsables de la ejecución y evaluación.

Asimismo, es necesario un proceso dinámico que sea capaz de incorporar, corregir y evaluar las modificaciones derivadas de cambios en la situación de salud o de sus factores determinantes para, de esta forma, adaptar los dispositivos que deben prestar servicios a la población, de acuerdo con los programas y actividades que se pretenden desarrollar.

En este sentido, el dinamismo y la flexibilidad del Plan de Salud, incluirá la revisión anual del mismo, para la incorporación de nuevos programas específicos surgidos de las nuevas necesidades detectadas por la Consejería de Sanidad y Consumo y el Servicio Murciano de Salud.

Por tanto, hemos considerado necesario la creación de una estructura responsable de la gestión, administración y coordinación de las acciones propuestas en el Plan de Salud, que **garantice su función como un verdadero instrumento de gestión realista, dinámico y flexible.**

Es por ello que se plantea la creación de una **Oficina de Seguimiento del Plan de Salud**, con el fin de asumir el compromiso de la monitorización y coordinación de este Plan, incluyendo un seguimiento cercano a la evolución de los objetivos, tareas e hitos de cada una de las acciones que conforman el Plan.

Su implantación permitirá llevar a cabo un seguimiento exhaustivo e inmediato de las líneas de actuación planteadas a la vez que los resultados del Plan de Salud son comunicados a los agentes de interés en el mismo.

La creación de esta Oficina de Seguimiento del Plan, responsable del impulso a la implantación, el seguimiento y la evaluación del III Plan de Salud de la Región de Murcia, es un **elemento esencial para el éxito del mismo.**

Composición y Funciones de la Oficina de Seguimiento del Plan de Salud

Entendemos la Oficina de Seguimiento del III Plan de Salud de la Región de Murcia, en un sentido amplio, como un **equipo multidisciplinar** que tiene como objetivos planificar, controlar, supervisar y asegurar la calidad en la ejecución de las líneas de actuación.

Serán funciones de la Oficina de Seguimiento del III Plan de Salud, relativas a las funciones de **seguimiento, evaluación y actualización**, las siguientes:

*Evaluación,
seguimiento y
revisión centralizada
del Plan de Salud*

*Oficina de
Seguimiento del
Plan de Salud*

- Impulsar la puesta en marcha de las líneas de actuación planteadas en el Plan de Salud.
- Recopilar, tratar y analizar la información necesaria relativa a la ejecución de las distintas líneas de actuación.
- Realizar el seguimiento de la ejecución de las líneas de actuación en base a los indicadores propuestos.
- Definir el sistema de reporte del grado de avance y resultados del Plan de Salud, en cuanto a los contenidos, periodicidad y destinatarios.
- Diseñar los mecanismos de actualización y detección de nuevas necesidades del Plan de Salud durante su periodo de vigencia (2003-2007). Estos mecanismos deberán permitir analizar el impacto de las intervenciones realizadas sobre la situación inicial de salud.
- Revisar anualmente, mediante los mecanismos de actualización diseñados, la adecuación de las líneas de actuación propuestas inicialmente en este Plan de Salud a la estrategia y objetivo general de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. De esta forma, el Plan de Salud será un instrumento dinámico y flexible y se irá actualizando durante el periodo de vigencia del mismo.

Informes que realizará la Oficina de Seguimiento del Plan de Salud

La Oficina de Seguimiento del Plan de Salud realizará, al menos, los siguientes informes:

- Informe anual de seguimiento del Plan que incluirá el nivel de desarrollo de cada una de las líneas de actuación y la evolución de los indicadores, así como las desviaciones más relevantes.
- Realización de documentos periódicos donde se recoja la evolución y evaluación de los objetivos del Plan.
- Elaboración de los informes que, en relación con el Plan de Salud, le sean solicitados por los órganos de dirección de la Consejería de Sanidad y Consumo.

Cronograma del Plan de Salud

Ver apartado de evaluación económica en el que se incluye el cronograma de las distintas líneas de actuación, junto con sus responsables e indicadores.

VIII. Evaluación económica

Como consecuencia de los compromisos adquiridos en este Plan se deducen importantes consecuencias desde el punto de vista estratégico y táctico para el Sistema Sanitario Murciano en los próximos cinco años, a través del organismo encargado de la financiación, la Consejería de Sanidad y Consumo y el principal proveedor de servicios, el Servicio Murciano de Salud. Por tanto, es imprescindible realizar un ejercicio de evaluación económica que permita hacer realidad las líneas de actuación definidas para cada una de las áreas.

Este ejercicio de evaluación se realiza teniendo en cuenta los últimos presupuestos, aprobados por el Parlamento Regional. Dichos presupuestos han sido analizados desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo, así, por un lado, se parte de un presupuesto total de 1.045.950.270 € para el año 2003 a gestionar por la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia, de las que 1.003.481.752 € se destinarán a la financiación del Servicio Murciano de Salud, cifras que se irán actualizando anualmente según los mecanismos habituales, lo que supondrá un total acumulado superior a los cinco mil millones de € para el periodo de vigencia del Plan, y por otro lado, se han tenido en cuenta los esfuerzos financieros que ya se están realizando en la mejora de alguna de las estructuras o servicios prestados.

Teniendo en cuenta esta información, y sin olvidar que la adecuación pormenorizada de los compromisos adquiridos en el Plan a las posibilidades financieras, se concretará anualmente mediante la Ley de Presupuestos, a continuación se presenta una previsión de gasto por cada línea de actuación propuesta, a lo largo del periodo de vigencia de Plan, en la que se indicará el esfuerzo inversor necesario para su realización, en función del siguiente criterio:

- Inversión baja, representada en amarillo.
- Inversión moderada, representada en verde.
- Inversión alta, representada en rojo.

Asimismo, la previsión de gasto se ha determinado únicamente para el periodo de tiempo descrito en la línea de actuación correspondiente del Plan, momento a partir del cual, el coste de su mantenimiento en el tiempo quedará pendiente del ejercicio de presupuestación anual.

Por último, y para facilitar el seguimiento y comprensión de cada una de las líneas, el cuadro contiene los responsables de su cumplimiento, los indicadores que permitirán su evaluación y los tiempos de ejecución fijados.

NOTA: en las áreas diagonales se han recogido únicamente aquellas líneas de actuación propias de estos colectivos, no recogidas en las áreas verticales.

Cronograma y Evaluación Económica de las líneas de actuación propuestas

	2003	2004	2005	2006	2007	Responsable
1. Estilos de vida						
1.1. Elaboración conjunta entre las Consejerías de Educación y Cultura y de Sanidad y Consumo del Plan Regional de Educación para la Salud en la Escuela	TERMINACIÓN DEL PLAN	Nº DE CENTROS ESCOLARES QUE PONEN EN MARCHA EL PLAN				Consejería de Sanidad y Consumo – Consejería de Educación y Cultura
1.2. Incorporación en la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio de Educación para la Salud en la Escuela, de acuerdo con los criterios y requisitos emanados del Plan Regional de Educación para la Salud en la Escuela	% DE CENTROS DE SALUD QUE HAN INCORPORADO ESTE SERVICIO					Consejería de Sanidad y Consumo - SMS
1.3. Elaboración y puesta en marcha de un Programa de Prevención y Control del Tabaquismo	EXISTENCIA DEL PROGRAMA	IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL TABAQUISMO				Consejería de Sanidad y Consumo - SMS
1.4. Revisión y actualización de la Cartera de Servicios de Atención Primaria para introducir en sus normas técnicas los objetivos educativos necesarios para la atención de factores de riesgo, enfermedades crónicas y cumplimiento terapéutico						Consejería de Sanidad y Consumo - SMS
1.5. Introducción o potenciación, en su caso en la Cartera de Servicios de Atención Primaria los Servicios relacionados con la atención a transiciones vitales, en especial las referidas con la ancianidad	% DE CENTROS DE SALUD QUE HAN PUESTO EN MARCHA SERVICIOS RELACIONADOS CON LA ANCIANIDAD					Consejería de Sanidad y Consumo - SMS
1.6. Establecimiento de medidas específicas para controlar una alimentación equilibrada en los comedores escolares	Nº DE COMEDORES ESCOLARES QUE CUMPLEN/ TOTAL DE CONTROLADOS Nº DE COMEDORES CONTROLADOS / TOTAL DE COMEDORES					Consejería de Sanidad y Consumo – Consejería de Educación y Cultura

	2003	2004	2005	2006	2007	Responsable
1.7. Potenciación, durante todo el período de implantación del Plan y en línea con las directrices emanadas del Plan Regional de Inclusión Social de las acciones educativas dirigidas a las nuevas formas de exclusión social y en particular a inmigrantes	Nº DE ACCIONES EDUCATIVAS DIRIGIDAS A LAS NUEVAS FORMAS DE EXCLUSIÓN SOCIAL Nº DE PERSONAS QUE HAN PARTICIPADO EN LAS ACCIONES EDUCATIVAS					Consejería de Sanidad y Consumo – Consejería de Trabajo y Política Social
1.8. Promoción, durante todo el periodo de implantación del Plan, de las acciones educativas dirigidas a mujeres y jóvenes y no contempladas en otras líneas de actuación, especialmente aquellas en relación con accidentes, sexualidad y utilización de medidas preventivas	Nº DE ACCIONES EDUCATIVAS DIRIGIDAS A MUJERES Y JÓVENES Nº DE PERSONAS QUE HAN PARTICIPADO EN LAS ACCIONES EDUCATIVAS					Consejería de Sanidad y Consumo – Consejería de Educación y Cultura
1.9. Promoción, durante todo el periodo de implantación del Plan, a través de los medios de comunicación de masas, de la adopción de conductas y variables relacionadas con las mismas, asociadas en especial a la dieta equilibrada y mediterránea, ejercicio físico y consumo de tabaco, alcohol y en general, la adopción de estilos de vida saludables	Nº DE INTERVENCIONES POR PROBLEMA EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN, POR AÑO Y MEDIO UTILIZADO					Consejería de Sanidad y Consumo
1.10. Impulso y promoción del cumplimiento de la Ley 6/1997, de 22 de octubre, sobre "Drogas, para la prevención, asistencia e integración social" y desarrollo de las acciones preventivas y educativas derivadas del Plan Regional de Drogas	Nº DE DENUNCIAS SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO Nº DE ENTIDADES QUE DESARROLLAN PLANES DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS Nº DE ASOCIACIONES IMPLICADAS EN LA PREVENCIÓN DE DROGADICCIÓN					Consejería de Sanidad y Consumo – Ayuntamientos
2. Cáncer						
2.1. Realización de actividades relativas a la prevención primaria del cáncer. (Ver los apartados correspondientes a tabaco, alimentación y ejercicio físico del capítulo de "Estilos de vida")	Referido al apartado de "Estilos de Vida"					
2.2. Diseño y puesta en marcha de un Plan Integral contra el Cáncer en la Región de Murcia, que abarque los sistemas de información, la prevención primaria, el diagnóstico precoz, la atención sanitaria, los cuidados paliativos, la investigación y la docencia	REDACCIÓN DEL PLAN	IMPLANTACIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE ACCIÓN CONTRA EL CÁNCER EN TODAS LAS ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA				Consejería de Sanidad y Consumo - SMS
2.3. Mantenimiento y desarrollo de la detección precoz en los cánceres de mama y cérvix, siguiendo las recomendaciones establecidas, basadas en la evidencia científica	POBLACIÓN DIANA CAPTADA POR PRIMERA VEZ EN EL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA % DE MUJERES ENTRE 25-64 AÑOS CON AL MENOS UNA CITOLOGÍA DE CÉRVIX EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS					Consejería de Sanidad y Consumo - SMS

III Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007



	2003	2004	2005	2006	2007	Responsable
2.4. Revisión de las estrategias y efectividad de los programas de detección precoz del cáncer colo-rectal, y evaluar la aceptación y participación en un área piloto seleccionada entre las de mayor incidencia.	REALIZACIÓN DEL INFORME	REALIZACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA PILOTO				Consejería de Sanidad y Consumo - SMS
2.5. Adecuación de la dotación de recursos necesarios para conseguir los objetivos del Plan Integral contra el Cáncer de la Región de Murcia, previo conocimiento de las nuevas tecnologías y evaluación de la disponibilidad de recursos	EXISTENCIA DEL PROGRAMA DE RENOVACIÓN INNOVACIÓN	IMPLANTACIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE ACCIÓN CONTRA EL CÁNCER EN TODAS LAS ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA				Consejería de Sanidad y Consumo - SMS
2.6. Optimización del proceso asistencial alrededor de la figura del paciente afectado por patología oncológica, que garantice la continuidad asistencial con unos estándares de calidad en cualquier punto del Sistema	DISEÑO DE LAS GUÍAS CLÍNICAS Y PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN					SMS
2.7. Fortalecimiento de la atención domiciliaria a los pacientes terminales, mediante la coordinación de los programas de Atención Primaria con las Unidades Específicas de Atención a Domicilio y los Servicios Hospitalarios	Nº DE PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DOMICILIARIO % DE PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINALES QUE FALLECEN EN EL HOSPITAL SOBRE EL TOTAL				SMS	
2.8. Fortalecimiento de la colaboración con las asociaciones de apoyo psicosocial al paciente y a sus familias	DEFINICIÓN DE LOS MECANISMOS	IMPLANTACIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE ACCIÓN CONTRA EL CÁNCER EN TODAS LAS ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA				SMS
2.9. Diseño y puesta en marcha, en el marco del Plan de Sistemas proyectado por la Consejería de Sanidad y Consumo, de un Sistema de Información y Vigilancia Oncológica que permita monitorizar y evaluar los indicadores del Plan Integral contra el Cáncer, a partir de la optimización y ampliación del registro poblacional de cáncer y los registros existentes en la actualidad					Consejería de Sanidad y Consumo – SMS	
2.10. Monitorización de determinados compuestos químicos, orgánicos e inorgánicos, susceptibles de inducir/promover casos de cáncer, y que sean vehiculizados por los alimentos	Nº DE DETERMINACIONES DE CONTAMINANTES DEL GRUPO I-IARC				Consejería de Sanidad y Consumo	

	2003	2004	2005	2006	2007	Responsable
2.11. Realización de un estudio de incidencia de cáncer en el área de salud de Cartagena, con especial énfasis en los riesgos ocupacionales y, si procede, realizar estudios etiológicos para confirmar los resultados	EXISTENCIA DEL INFORME					Consejería de Sanidad y Consumo . Consejería de Trabajo y Política Social
3. Enfermedades Cardiovasculares						
3.1. Realización de actividades relativas a la prevención primaria del tabaquismo y la obesidad	Referido al apartado de "Estilos de Vida"					
3.2. Diseño y puesta en marcha de un Plan de Atención del Proceso Cardiovascular que abarque la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y reinserción, garantizando la cobertura integral de las necesidades del paciente	REDEFINICIÓN DEL COMITÉ DE ENF. CARDIO-VASCULARES	REDACCIÓN DEL PLAN	IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DEL PROCESO CARDIOLÓGICO EN TODAS LAS ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA			Consejería de Sanidad y Consumo - SMS
3.3. Mantenimiento y desarrollo de las campañas de control de los principales factores de riesgo: hipertensión, dislipemias y, especialmente, diabetes en la población diana según determine el Plan de Atención del Proceso Cardiovascular	EXISTENCIA DEL PROTOCOLO PARA EL CONTROL DE PACIENTES DE RIEGO					SMS
3.4. Definición de un Programa de Actuación del 061 y de los servicios de Urgencias de Atención Primaria y especializada que regule la asistencia a los procesos cardiovasculares más importantes: cardiopatía isquémica e ictus cerebral	EXISTENCIA DEL PROGRAMA DE ACTUACIÓN DEL 061 PARA LA ASISTENCIA					SMS
3.5. Optimización del proceso asistencial alrededor de la figura del paciente con patología cardiovascular, que garantice la continuidad asistencial con unos estándares de calidad en cualquier punto del Sistema	DISEÑO DE LAS GUÍAS CLÍNICAS Y PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN					SMS
3.6. Evaluación de las nuevas tecnologías y estructuras organizativas para el tratamiento del ictus cerebral						

	2003	2004	2005	2006	2007	Responsable
3.7. Fortalecimiento del seguimiento al paciente correctamente tratado de cardiopatía isquémica, que mejore su educación sobre la patología vascular cardiaca, mejore el control posterior de los factores de riesgo y aumente su reincorporación a las actividades habituales	EXISTENCIA DE UN PROTOCOLO DE CONTROL DEL PACIENTE INFARTADO	IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DEL PROCESO CARDIOLÓGICO EN TODAS LAS ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA				SMS
3.8. Diseño y puesta en marcha de un Sistema de Información, en el marco del Plan de Sistemas proyectado por la Consejería de Sanidad y Consumo que permita la explotación y análisis de los datos necesarios para hacer el seguimiento de los objetivos definidos, así como de los indicadores del Plan de Atención del proceso Cardiovascular						Consejería de Sanidad y Consumo - SMS
4. Enfermedades Transmisibles						
4.1. Elaboración de un protocolo específico para el diagnóstico precoz de la infección y la enfermedad tuberculosa en grupos de riesgo y contactos						Consejería de Sanidad y Consumo - SMS
4.2. Potenciación de los servicios sociales e integración de sus actividades en las Zonas Básicas de Salud para garantizar la captación de inmigrantes y otros colectivos con distocia social, antes de finalizar el año 2005	% SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO					SMS – Entidades Locales
4.3. Establecimiento de la obligatoriedad de realizar un antibiograma de todos los aislamientos de micobacterias						SMS
4.4. Establecimiento de medidas de control y seguimiento de los casos de tuberculosis detectados en los mataderos de la Región, para el aislamiento e identificación de micobacterias y su posible vinculación con los casos de tuberculosis humana	EXISTENCIA DE LOS PROTOCOLOS					Consejería de Sanidad y Consumo
4.5. Garantía del aislamiento respiratorio en todos los hospitales de la región de Murcia donde se tratan enfermos de tuberculosis	Nº DE HOSPITALES QUE DISPONEN DE UNIDADES AISLADAS / Nº DE HOSPITALES DESTINADOS AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS					SMS

III Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007

	2003	2004	2005	2006	2007	Responsable
4.6. Implantación del "Tratamiento Observado Directamente" (TOD) en grupos de pacientes con baja adherencia al tratamiento antituberculoso	% DE PACIENTES QUE REALIZAN TOD					SMS
4.7. Puesta en marcha de un programa de calidad de control post-tratamiento del 100% de historias clínicas, que garantice la recogida del seguimiento completo en la historia clínica de todos los pacientes de tuberculosis						Consejería de Sanidad y Consumo – SMS
4.8. Declaración telemática de las Enfermedades de Declaración Obligatoria por los médicos desde todos los centros asistenciales a servicios centrales en el marco del Plan Director de Sistemas de Información						Consejería de Sanidad y Consumo – SMS
4.9. Elaboración de un Plan para la atención integral de los enfermos de SIDA que contemple, entre otros elementos, la prevención de nuevas infecciones, la movilización y coordinación de los esfuerzos contra la infección por VIH/SIDA y la colaboración con asuntos sociales para la reducción del impacto negativo personal y social de la epidemia	EXISTENCIA DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE DE SIDA		IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE DE SIDA EN TODAS LAS ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA			Consejería de Sanidad y Consumo –SMS - Consejería de Trabajo y Política Social
4.10. Edición y difusión a inmigrantes de guías sobre SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, traducidas a sus idiomas nativos	Nº DE EJEMPLARES DIFUNDIDOS					Consejería de Sanidad y Consumo
4.11. Implantación y potenciación, en los centros asistenciales de la Región de Murcia, de protocolos que garanticen la oferta de la prueba de VIH a toda la población que desee que se le realice y en particular, al 100% de las personas que se encuentran dentro de colectivos con prácticas de riesgo, personas con contactos de riesgo o con manifestaciones clínicas centinela y al 100% de las mujeres embarazadas.	EXISTENCIA DE PROTOCOLOS					SMS
4.12. Diseño y puesta en marcha, en el marco del Plan de Sistemas proyectado por la Consejería de Sanidad y Consumo, de un Sistema de Información y Vigilancia para VIH/SIDA que permita el conocimiento de los casos de infección por VIH (en cualquiera de sus estadios) de la Región de Murcia:						Consejería de Sanidad y Consumo - SMS

	2003	2004	2005	2006	2007	Responsable
5. Salud Mental						
5.1. Fomento de la realización de actividades relativas a la promoción de estilos de vida contrarios al uso y abuso de drogas (ver el capítulo de "Estilos de vida")	Referido al apartado de "Estilos de Vida"					
5.2. Diseño y puesta en marcha del 3º Plan de Salud Mental y Drogodependencias de la Región de Murcia que abarque la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación y reinserción social, avanzando hacia una cobertura integral de la enfermedad mental y drogadicción	REDACCIÓN DEL PLAN	IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL Y DROGODEPENDENCIAS EN TODAS LAS ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA				Consejería de Sanidad y Consumo - SMS
5.3. Optimización del proceso asistencial alrededor de la figura del paciente con trastornos mentales, que garantice la continuidad de la asistencia, con unos estándares de calidad en cualquier punto del Sistema	DISEÑO DE LAS GUÍAS CLÍNICAS Y PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN		IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL Y DROGODEPENDENCIAS EN TODAS LAS ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA			SMS
5.4. Potenciación de recursos específicos para la atención de los trastornos mentales específicos Infanto-Juveniles	EXISTENCIA DEL ESTUDIO	IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL Y DROGODEPENDENCIAS EN TODAS LAS ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA				Consejería de Educación y Cultura – SMS
5.5. Diseño y puesta en marcha de programas específicos de psicogeriatría	EXISTENCIA DEL DISEÑO					Consejería de Trabajo y Política Social - SMS
5.6. Diseño y puesta en marcha de programas específicos de Rehabilitación Psiquiátrica	EXISTENCIA DEL DISEÑO					Consejería de Sanidad y Consumo - SMS
5.7. Diseño y puesta en marcha, en el marco del Plan de Sistemas proyectado por la Consejería de Sanidad y Consumo, de un sistema de información de registro de Salud Mental capaz de monitorizar los datos necesarios para el seguimiento de los objetivos generales acordados, a partir de la optimización de los registros existentes en la actualidad						Consejería de Sanidad y Consumo – SMS

	2003	2004	2005	2006	2007	Responsable
6. Diabetes						
6.1. Realización de actividades relativas a la prevención primaria de la obesidad	Referido al apartado de "Estilos de Vida"					
6.2. Diseño y puesta en marcha de un Plan de Atención al Diabético que abarque la prevención de la enfermedad y sus complicaciones, el tratamiento, la rehabilitación y reinserción social, garantizando la cobertura integral de las necesidades del paciente diabético	REDACCIÓN DEL PLAN	IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN AL DIABÉTICO EN TODAS LAS ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA				Consejería de Sanidad y Consumo - SMS
6.3. Realización del diagnóstico precoz en la población de riesgo para la detección de los diabéticos no diagnosticados, según se determine en el Plan de Atención al Diabético	SELECCIÓN DE LA TÉCNICA	IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN AL DIABÉTICO EN TODAS LAS ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA				SMS
6.4. Diseño y puesta en marcha de un Programa de Formación de Educadores en materia de diabetes con la misión de mantener unificado y actualizado el contenido sobre educación diabetológica que los equipos de Atención Primaria y Especializada ofrecen a sus pacientes	TERMINACIÓN DEL PROGRAMA	IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA				Consejería de Sanidad y Consumo - SMS
6.5. Optimización del proceso asistencial alrededor de la figura del paciente diabético, que garantice la continuidad de la asistencia, con unos estándares de calidad en cualquier punto del Sistema	DISEÑO DE GUÍA CLÍNICA Y PROTOCOLOS	IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN AL DIABÉTICO EN TODAS LAS ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA				SMS
6.6. Realización del control metabólico de los pacientes diagnosticados de diabetes según determine el Plan de Atención al Diabético	SELECCIÓN DE LA TÉCNICA	IMPLANTACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN AL DIABÉTICO EN TODAS LAS ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA				SMS

	2003	2004	2005	2006	2007	Responsable
6.7. Diseño y puesta en marcha, en el marco del Plan de Sistemas proyectado por la Consejería de Sanidad y Consumo, de un sistema de información capaz de monitorizar los datos de prevalencia de la diabetes y sus complicaciones vasculares, necesario para el seguimiento de los objetivos generales acordados, a partir de la optimización de los registros existentes en la actualidad						Consejería de Sanidad y Consumo - SMS
7. Accidentalidad						
7.1. Inclusión en los planes educativos de la educación vial y la prevención de las conductas de riesgo relacionadas con la producción de accidentes: abuso en el consumo de alcohol y drogas especialmente	Referido al apartado de "Estilos de Vida"					
7.2. Promoción del cumplimiento de las normas protectoras en materia de seguridad vial, especialmente en lo que se refiere al uso de casco, cinturón de seguridad y dispositivos específicos infantiles	TERMINACIÓN DE ESTUDIO DE IMPACTO					Consejería de Sanidad y Consumo – Dirección Provincial de Tráfico
7.3. Adecuación del tiempo de respuesta de los servicios de emergencias ante el accidente de tráfico, especialmente en zonas rurales	TIEMPO DE RESPUESTA					SMS – Protección Civil
7.4. Impulso de la colaboración con los agentes responsables en materia de prevención de riesgos laborales, especialmente en lo que se refiere al Plan Objetivo Cero Accidentes de la Región de Murcia	Nº DE PROGRAMAS DE ACCIÓN CONJUNTA					Consejería de Sanidad y Consumo
7.5. Adecuación del tiempo de respuesta de los servicios de emergencias ante el accidente laboral	TIEMPO DE RESPUESTA					SMS – Protección Civil
7.6. Establecimiento de un programa de rehabilitación integrado en el conjunto del sistema sanitario para reducir el tiempo de espera, el número y gravedad de las secuelas y los tiempos de incapacidad temporal por accidentes laborales	GRADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL MEDIO PRODUCIDO POR LOS ACCIDENTES LABORALES					SMS

	2003	2004	2005	2006	2007	Responsable
Niño-joven						
Mantenimiento de la cobertura vacunal de la población en niveles iguales o superiores a los actuales, es decir, por encima del 90%						Consejería de Sanidad y Consumo - SMS
Mejora de las estructuras que permitan el acompañamiento de los niños hospitalizados	% DE NIÑOS QUE PUEDEN CONTAR CON ACOMPAÑAMIENTO					Consejería de Sanidad y Consumo - SMS
Implantación de un sistema que asegure la oferta de los servicios de atención bucodental gratuita al 100% de la población infantil comprendida ente los 6 y 14 años	OFERTA AL 100% DE LOS NIÑOS DE 6 AÑOS	OFERTA AL 100% DE LOS NIÑOS DE 6 Y 7 AÑOS	OFERTA AL 100% DE LOS NIÑOS DE 6, 7 Y 8 AÑOS	OFERTA AL 100% DE LOS NIÑOS DE 6, 7, 8 Y 9 AÑOS	OFERTA AL 100% DE LOS NIÑOS DE 6, 7, 8, 9 Y 10 AÑOS	Consejería de Sanidad y Consumo – SMS
Distribución entre los colectivos de mujeres y jóvenes de información sobre salud sexual y reproductiva y disponibilidad de recursos por parte del Sistema Sanitario	CREACIÓN DE ESPACIO EN WEB					Consejería de Sanidad y Consumo – SMS
	Nº DE FOLLETOS DISTRIBUIDOS A LA POBLACIÓN DIANA					
Fomento del uso de la asistencia prestada en materia de planificación familiar al colectivo de mujeres y jóvenes	Nº DE PERSONAS QUE RECIBEN ASISTENCIA EN MATERIA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR					SMS
Mujer						
Diseño y puesta en marcha de un Programa de Atención a la Mujer, que recoja todas las necesidades específicas descritas para la mujer tanto fisiológicas como patológicas.	PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA		IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA MUJER EN TODAS LAS ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA			SMS

	2003	2004	2005	2006	2007	Responsable
Elaboración del proceso que regule la coordinación entre niveles de la asistencia de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.	TERMINACIÓN DEL PROTOCOLO		IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA MUJER EN TODAS LAS ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA			SMS
Elaboración del proceso que regule la coordinación entre niveles de la asistencia de la mujer durante el climaterio	PUESTA EN MARCHA DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL	IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA MUJER EN TODAS LAS ÁREAS DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA				SMS
Nuevas formas de exclusión social						
Adaptación al calendario vacunal de la Región de Murcia de los inmigrantes y otros colectivos con escasa penetración en el sistema.	COBERTURA VACUNAL DE LOS INMIGRANTES (SEGÚN CALENDARIO VACUNAL ADAPTADO A INMIGRANTES)					Consejería de Sanidad y Consumo - SMS
Diseño de un programa específico de formación de profesionales sanitarios en el área de la patología tropical.	EXISTENCIA DEL DISEÑO					SMS
Personas mayores						
Aumento de la cobertura del programa de vacunación de gripe e infección neumocócica en mayores de 65 años	COBERTURA VACUNAL DE GRIPE Y NEUMOCOCO EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS					Consejería de Sanidad y Consumo – SMS
Fortalecimiento de la atención domiciliaria a los pacientes ancianos, mediante la coordinación de los programas de Atención Primaria con las Unidades Específicas de Atención a Domicilio y los Servicios Hospitalarios	Nº DE PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DOMICILIARIO					SMS

	2003	2004	2005	2006	2007	Responsable
Realización de un estudio epidemiológico y puesta en marcha de otras herramientas que permitan conocer la prevalencia de las principales enfermedades neurodegenerativas y enfermedades que cursan con deterioro cognitivo importante	EXISTENCIA DEL ESTUDIO					Consejería de Sanidad y Consumo – SMS
Evaluación de las necesidades sanitarias y sociales de los pacientes con enfermedades neurodegenerativas y enfermedades que cursan con deterioro cognitivo importante.	EXISTENCIA DEL ESTUDIO					Consejería de Sanidad y Consumo – Consejería de Trabajo y Política Social
Fortalecimiento del Sistema						
Medidas para la excelencia en la calidad del servicio	DESARROLLO DEL PLAN DE CALIDAD					Consejería de Sanidad y Consumo – SMS
Medidas orientadas hacia los ciudadanos/pacientes	RED SANITARIA DE UTILIZACIÓN PÚBLICA ÁREAS DE GESTIÓN INTEGRAL DE SERVICIOS SANITARIOS MODERNIZACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE SALUD PÚBLICA ADECUACIÓN DE INFRAESTRUCTURAS					Consejería de Sanidad y Consumo – SMS
Medidas orientadas hacia los profesionales	GESTIÓN POR COMPETENCIAS GESTIÓN CLÍNICA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO IMPULSO A LA INVESTIGACIÓN					Consejería de Sanidad y Consumo – SMS
Incorporación de las nuevas tecnologías	DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE LAS PRINCIPALES LÍNEAS DEL PLAN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN					Consejería de Sanidad y Consumo – SMS
Articulación de las relaciones con el entorno	ALIANZA PARA LA SALUD EN LA REGIÓN DE MURCIA					Consejería de Sanidad y Consumo – SMS

IX. Agradecimientos

La elaboración del presente Plan ha sido posible gracias a la participación y el esfuerzo de un gran número de profesionales y miembros de organizaciones más representativas en el ámbito de la salud de la Región de Murcia. A continuación se recoge el nombre de todos aquellos que han participado en las diferentes estructuras ejecutivas y consultivas descritas en la metodología.

No obstante, este agradecimiento se hace extensivo, también, a todas aquellas personas que han participado a lo largo de la elaboración del Plan enviando sus opiniones y sugerencias a través de la Página Web habilitada con este fin.

X. Bibliografía

Análisis de situación de la Región de Murcia

Estilos de vida

- Agudo A, Amiano P, Barcos A, Barricarte A, Beguiristain JM, Chirlaque MD et al. Dietary intake of vegetables and fruits among adults in five regions of Spain. EPIC Group of Spain. European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. Eur J Clin Nutr 1999; 53(3):174-180.
- AHCPR. Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. JAMA 1996; 275: 1270-1280
- Aranceta J. Objetivos nutricionales y guías dietéticas. Propuesta de la SENC para la población española. In: Serra-Majem L, Aranceta J, Mataix J, editors. Guías alimentarias para la población española. Documento de consenso. Barcelona: SG Editores, 1995: 127-152.
- Barrueco Ferrero, Miguel; Hernández Mezquita, Miguel Ángel. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid: PAUAN SL, 2001; 301 p.
- Bartley M. et al. Socioeconomic determinants of health: Health and the life course: why safety nets matter. British Medical Journal, 1997; 314:1194
- Buck C. Después de Lalonde: hacia la generación de salud. Bol Epidem OPS 1985. Washington.
- Clemente M.L. et al. Descripción de las guías disponibles en España para el abordaje del tabaquismo en atención primaria. Aten Primaria 1999;24:101-108
- Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. Recomendaciones del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. En Becoña E (Coord.) Libro Blanco de prevención del tabaquismo. Barcelona: Glosa Ediciones, 1998; 253-258
- Correa Rodríguez JF. Sistema de Información sobre Toxicomanías 1998. Serie Documentos 5. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Murcia 1999.
- Correa JF, Chirlaque MD, Rodríguez M, Navarro C. Consumo de cocaína en escolares de la Región de Murcia. Gac Sanit 2002; 16(Supl 1):33:132
- Dever GEA. An epidemiological model for health policy analysis. Soc Ind Res 1977; 2: 453-466.
- Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en la Región de Murcia 1998.(Documento mimeografiado)
- Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en España 1999. <http://www.mir.es/pnd/index.htm>

- Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en la Región de Murcia 1999. (Documento mimeografiado)
- Encuesta sobre Consumo de Drogas en la Región de Murcia 2000 (documento no publicado).
- Encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en la Región de Murcia 2001. (Documento mimeografiado)
- Encuesta escolar sobre consumo de drogas en la Región de Murcia Año 2000. (Documento mimeografiado)
- García Hidalgo A. Intervención mínima frente al tabaquismo. Arch Bronconeumol 1995; 31: 114-123
- Gutiérrez JJ, Anza I, Castillo P, et al. Educación para la Salud en Atención Primaria. Actas III Congreso de Atención Primaria de Salud, 1994, 3-5 octubre; Jumilla, Murcia, 1994.
- Gutiérrez García JJ, Usera Clavero ML, Ordoñana Martín JR, Pérez Riquelme F. Estudio sobre conductas relacionadas con la salud en población escolarizada de la Región de Murcia. Curso 2002-2002. Consejería de Sanidad y Consumo 2002.
- Gutiérrez JJ, Usera ML, Ordoñana JR, Pérez Riquelme F. Estudio sobre conductas relacionadas con la salud en población escolarizada de la Región de Murcia. Curso 2001-2002. 2002. Murcia, Consejería de Sanidad y Consumo (En prensa).
- Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series, nº 6. 1999.
- Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Department of National Health and Welfare, 1974.
- Lakka TA, Venalainen JM, Rauramaa R, Salonen R, Tuomilehto J, Salonen JT. Relation of leisure-time physical activity and cardiorespiratory fitness to the risk of acute myocardial infarction. N Engl J Med 1994; 330(22):1549-1554.
- Lamata F. Una perspectiva de la política sanitaria. 20 años después del Informe Lalonde. Gac Sanit 1994; 8:189-194.
- Ley 6/1997 de 22 de octubre sobre Drogas para la prevención, asistencia e integración social.
- Ljubljana Charter on Reforming health Care in Europe. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (document EUR/ICP/CARE 9401/CON1. Rev.1)
- Martínez-Ros MT, Tormo MJ, Pérez-Flores D, Navarro C. Actividad física deportiva en una muestra representativa de la población de la Región de Murcia. Gac sanit 2002 (aceptado)

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevalencia del consumo de tabaco en los profesionales del INSALUD en 1998. Madrid 1999:17-21
- Miranda P, Ordoñana JR, Gutiérrez JJ. Educación para la Salud en la Escuela. En: Navarro C, Cavases JM, Tormo MJ. La Salud y el Sistema Sanitario en España, Informe SESPAS 1995. Barcelona, SG Editores, 1995, 137-146.
- Navarro C, Tormo MJ, Chirlaque MD. Evaluación del estado nutricional de la cohorte EPIC-Murcia. 1999. Murcia, Consejería de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública. Serie Informes 27.
- Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Health Promotion Journal 1986; 1.1, 113-127.
- Ordoñana JR, Gutiérrez JJ. Estudio sobre conductas relacionadas con la salud en población escolarizada de la Región de Murcia. Curso 1993/94. 1997. Murcia, Consejería de Sanidad y Política Social.
- Ordoñana Martín. JR, Gutiérrez García JJ. Estudio sobre conductas relacionadas con la salud en población escolarizada de la Región de Murcia. Curso 1993-1994 Consejería de Sanidad y Política Social. 1997.
- Ordoñana JR, Gutiérrez JJ. Estudio sobre conductas relacionadas con la salud en la población escolarizada de la Región de Murcia. Curso 1997/98. 1999. Murcia, Consejería de Sanidad y Consumo.
- Ordoñana Martín. JR, Gutiérrez García JJ. Estudio sobre conductas relacionadas con la salud en población escolarizada de la Región de Murcia. Curso 1997-1998 Consejería de Sanidad y Consumo. 1999.
- Ottawa Charter for Health Promotion. WHO/HPR/HEP/95.1. WHQ, Geneva.1986.
- Parra Hidalgo., Gomis Cebrian R , Palomar Rodríguez J., Usera Clavero, M L. Plan de Salud de la Región de Murcia 1993-1996. Murcia: Servicio de Salud de la Región de Murcia. 1993.
- Parra Hidalgo., Fernández Herraes E.,Gomis Cebrian R , Usera Clavero, M L. Análisis de Situación 1994.Serie Plan de Salud nº 4: Murcia: Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. 1995.
- Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, Buchner D, Ettinger W, Heath GW, King AC. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA 1995; 273: 402-7.
- Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, Buchner D, Ettinger W, Heath GW, King AC. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. JAMA 1995; 273: 402-7.

- Pérez Trullén, A. et al. La intervención antitabáquica del médico en la escuela: dilema entre voluntariado versus gabinete técnico. Copenhague: WHO Regional Office for Europe,.
- II Plan de Salud de la Región de Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo. 2000
- Riboli E, Kaaks R. The EPIC Project: rationale and study design. European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. Int J Epidemiol 1997; 26 Suppl 1:S6-14:S6-14.
- Serra LI, Aranceta J, Mataix J. Guías alimentarias para la población española. Documento de consenso. 1995. Barcelona, SG Editores.
- The Yakarta Declaration on Leading Health Promotion 21st Century. HPR/HEP/41 CHP/BR/97.4. WHO, Geneve. 1997.
- Tormo MJ, Navarro C, Chirlaque MD, Pérez-Flores D y Moreno-Sueskun I. Prevalencia de Factores de Riesgo Cardiovascular en la Región de Murcia, 1.992. Murcia: Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, Serie Informes nº 20, 1.995.
- Tormo Díaz MJ, Navarro SC, Chirlaque L, Pérez-Flores D. Factores de riesgo cardiovasculares en la Región de Murcia, 1992. 2000. Murcia, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Dirección General de Salud y Consumo.
- Usera Clavero M.L., Fernández Herráez E., Aguinaga Ontoso E. Fuentes de Información para la Planificación en Salud: Murcia: Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. 1995.
- Violan C, Stevens L, Molina F. Encuesta de alimentación en la población adulta de la Región de Murcia 1990. 1991. Murcia, Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.
- Vioque J, Torres A, Quiles J. Time spent watching television, sleep duration and obesity in adults living in Valencia, Spain.[In Process Citation]. Int J Obes Relat Metab Disord 2000; 24(12):1683-1688.
- Willett WC, Sacks F, Trichopoulou A, Drescher G, Ferro-Luzzi A, Helsing E et al. Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. Am J Clin Nutr 1995; 61(6 Suppl):1402S-1406S.

Cáncer

- Berrino F, Capocaccia RE, Jeal E. Survival of Cancer Patients in Europe: The EURO CARE-2 Study. IARC Scientific Publ. No 151. Lyon: IARC, 1999.
- Consejería de Sanidad y Política Social. Plan de Salud de la Región de Murcia 1998-2000. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social; 1998
- EUCAN: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in the European Union. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in the European Union 1995, Version 2.0. IARC CancerBase No 4. Lyon: IARC Press, 1999.

- Euhus DM. Understanding mathematical models for breast cancer risk assessment and counseling. *Breast J* 2001;7(4);224-32
- EUROCIM, Versión 4.0. Lyon: 2001.
- González Diego P, Chirlaque M, Jiménez Buñuales M, Navarro C. Incidencia temporal de la incidencia de cáncer en la Región de Murcia, 1983-1996. *Bol Epidemiol Murcia* 2001; 1(1):49-55.
- Harvard Report on Cancer Prevention: Summary. *Cancer Causes Control* 1996; 7(Supp 1):S55-S58.
- Navarro C. Patrón geográfico del cáncer en la Región de Murcia, 1983-1993. Nuevos enfoques metodológicos. 2000.
- Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J. Cancer incidence in five continents. Vol. VII. Nº 143. Lyon: IARC Scientific Publications, 1997.
- Servicio de Salud de la Región de Murcia. Plan de Salud de la Región de Murcia 1993-96. Murcia: Servicio Murciano de Salud;1992
- Wolf CJM, Perry NM. Editores. Guías Europeas de Garantía de Calidad en Cribado Mamográfico (traducción al castellano. 1ª ed.). Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 1998
- Warner E, Heisey RE, Goel V, Carrol JC, McCready DR. Risk assessment of patients with a family history of breast cancer. *Can Fam Physician* 1999;45:104-112

Enfermedades cardiovasculares

- Brotons CC, Gabriel SR, Muniz GJ, Ribera SA, Málaga GS, Aranzubia ES et al. Patrón de la distribución de colesterol total y cHDL en niños y adolescentes españoles: estudio RICARDIN. *Med Clin (Barc)* 2000; 115:644-649.
- García J, Elosúa R, Tormo MJ et al por los investigadores del estudio IBERICA. Letalidad poblacional por infarto agudo de miocardio en siete comunidades autónomas de España. Estudio IBERICA 2002 (original en preparación)
- García J, Fiol M, Cabades A, Sala J, Marrugat J, Elosúa R et al. Variability in the In-Hospital Management of Acute Myocardial Infarction in Spain. [IBERICA Study]. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54:443-452.
- Grupo cooperativo español para el estudio de los factores de riesgo cardiovascular en la infancia y adolescencia. Factores de riesgo cardiovascular en la infancia y adolescencia en España. Estudio RICARDIN II: valores de referencia. *An Esp Pediatr* 1995; 43:11-17.
- Marrugat J et al and the IBERICA investigators. Population acute myocardial infarction incidence and mortality rates variability in Spain 1997 and 1998 in the IBERICA study 2002 (original enviado a revisar).

- Ramírez RP, Moreno GS, Abellán AJ, Merino GE, Merino SJ. [Prevalence of arterial hypertension and its distribution in the population of Murcia]. *Med Clin (Barc)* 1984; 83:188-191.
- Tormo MJ, García J, Cirera LI, Navarro C, Martínez C, Contreras J, Madrigal de Torres E, Marco R, Rodríguez M por los investigadores y colaboradores del estudio IBERICA-Murcia. *Epidemiología del infarto agudo de miocardio en la Región de Murcia: Estudio IBERICA*. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública 2002 (documento en preparación).
- Tormo Díaz MJ, Navarro SC, Chirlaque L, Pérez-Flores D. Factores de riesgo cardiovasculares en la Región de Murcia, 1992. 2000. Murcia, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Dirección General de Salud y Consumo.
- Tormo Díaz MJ, Navarro SC, Chirlaque L, Pérez FD. Cardiovascular risk factors in the region of Murcia, Spain]. *Rev Esp Salud Publica* 1997; 71:515-529.
- Tormo MJ, Navarro C, Chirlaque MD, Pérez-Flores D. Prevalence and control of arterial hypertension in the south-east of Spain: a radical but still insufficient improvement. *Eur J Epidemiol* 1997; 13:301-308.
- Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mahonen M, Tolonen H, Ruokokoski E, Amouyel P. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA project populations. Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease. *Lancet* 1999; 353:1547-1557.

Enfermedades transmisibles

- Castilla J., Sobrino P., Sánchez F. y col. Consecuencias de los diagnósticos tardíos de la infección por VIH sobre la incidencia de SIDA en la era de la terapia antirretroviral potente. *Gaceta Sanitaria* 2001; 15(Supl 2): 105
- European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS: HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report 2001; 2002. Report No 66.
- Registro Regional de casos de SIDA. Dirección General de Salud pública. Murcia. Vigilancia Epidemiológica del SIDA. Informe de situación a 31 de Diciembre de 2001 en la Comunidad autónoma de la Región de Murcia; 2002. Informe num. 1/ 02.
- Registro Nacional de SIDA. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. Vigilancia del SIDA en España. Situación a 31 de Diciembre de 2001; 2002. Informe num. 2/01.
- Secretaría del Plan Nacional de SIDA. Infección por VIH y SIDA. España. Plan Multisectorial 2001-2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.

- Secretaria del Plan Nacional contra el SIDA. "Infección por VIH y SIDA, Plan Multisectorial 2001-2005". Dirección General de Salud Pública y Consumo. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. VIH y SIDA en España. Situación Epidemiológica 2001. Madrid: Ministerio de sanidad y Consumo; 2002.
- Servicio de Promoción y Educación para la Salud. "Memoria de actividades 2001".
- WHO. Global AIDS surveillance Part I. Wkly Epidem Rec 2001; 76:381-86
- WHO. Global AIDS surveillance Part II. Wkly Epidem Rec 2001; 76:390-96

Salud Mental

- Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Organización Mundial de la Salud 2001.
- Memoria Asistencial 1998. Departamento de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud.
- Memoria Asistencial 1999. Departamento de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud.
- Memoria Asistencial 2000. Departamento de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud.
- Memoria Asistencial 2001. Departamento de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud.
- Salvador-Carulla L, Bulbena A, Vázquez-Barquero JL, Muñoz PE, Gómez-Beneyto M, Torres F: La Salud Mental en España: ¿Cenicienta en el País de las Maravillas?. En: Cavases JM, Villalbí JR y Aibar C (ed): La Salud y el Sistema Sanitario en España "Invertir en Salud. Prioridades para la Salud Pública en España". Informe SESPAS 2002. (<http://www.sespas.aragob.es/informe.html>).
- Vázquez-Barquero JL: Los flujos de la demanda en salud mental. Introducción teórica: el modelo de Godberg y Huxley. En: García J y Aparicio V (Ed): Nuevos sistemas de atención en Salud Mental: evaluación e investigación. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. 1990. Pp: 229-244.

Diabetes

- Aranceta J, Perez RC, Serra ML, Ribas L, Quiles IJ, Vioque J et al. [Prevalence of obesity in Spain: the SEEDO'97 study. Spanish Collaborative Group for the Study of Obesity]. Med Clin (Barc) 1998; 111:441-445.
- Castell C, Tresserras R, Serra J, Goday A, Lloveras G, Salleras LI. Prevalence of diabetes in Catalonia (Spain): an oral glucose tolerance test-based population study. Diabetes Res Clin Pract 1999;43:33-40.

- Garaulet M, Martínez A, Victoria F, Perez-Llamas F, Ortega RM, Zamora S. Difference in dietary intake and activity level between normal-weight and overweight or obese adolescents. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 30:253-258.
- Hernández Martínez AM, Tébar Masso FJ, Serrano Corredor S, Álvarez Cantalapiedra I, Illán Gómez F y Valdés Chavarri M. Estudio antropométrico de la población escolar de la Comunidad Autónoma de Murcia. *Med Clin (Barc)* 1992;98:651-5.
- Martínez-Ros MT, Tormo MJ, Navarro C, Chirlaque MD, Perez-Flores D. Extremely high prevalence of overweight and obesity in Murcia, a Mediterranean region in south-east Spain. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001; 25:1372-1380.
- Navarro C, Tormo MJ, Chirlaque MD. Evaluación del estado nutricional de la cohorte EPIC-Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública. Serie Informes nº 27, 1999.
- Rodríguez-Artalejo F, Garcés C, Gorgojo L, López GE, Martín-Moreno JM, Benavente M et al. Dietary patterns among children aged 6-7 y in four Spanish cities with widely differing cardiovascular mortality. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56:141-148.
- Seidell JC. Obesity in Europe - public health implications. In: Guy-Grand B, Ailhaud G et al, eds. *Obesity in Europe 91*. London: John Libbey, 1992:105-109.
- WHO MONICA Project. Risk Factors. *Int J Epidemiol* 1989 (supl 1): S46-S55.

Salud infantil y juvenil y salud de las mujeres

- Bermejo Sánchez E, Martínez Frías ML. Vigilancia Epidemiológica de anomalías congénitas en España en los últimos 21 años (período 1980-2000). *Boletín del ECEMC: Revista de Dismorfología y Epidemiología* 2001. Serie IV, nº 6: 47-119.
- Cirera LI., García J., Cruz O., Navarro C. Mortalidad perinatal e infantil en la Región de Murcia. 1980-1997. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo y Consejería de Economía y Hacienda; 2001.
- Cirera L, García J. Mortalidad infantil en la Región de Murcia. 1980-1997. *Boletín Epidemiológico de la Región de Murcia*. Vol. 22, Nº 622. Julio 2001.
- Centro Regional de Estadística. Nacimientos: Evolución de los nacidos vivos según edad de la madre al primer nacimiento. Murcia: CREM. <<<http://dgep.carm.es/econet/sicrem/p39/index.htm>>>
- Centro Regional de Estadística de Murcia. Interrupción Voluntaria del embarazo.<<<http://dgep.carm.es/econet/index.htm>>>
- Garandillas A, Febrel C. Encuesta de Prevalencia de Trastornos del Comportamiento Alimentario en Adolescentes Escolarizados de la

- Comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública 67. Consejería de Sanidad de Madrid. 2000.
- González Alonso J. y Pérez Menéndez-Valdés R. Interrupción voluntaria del embarazo: accesibilidad según Comunidad Autónoma de residencia 1990-2000. XX Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Género y salud: la visión epidemiológica. Programa / Ponencias / Comunicaciones. Gac Sanit 2002; 16 (suppl 1): 88.
 - Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Fecundidad, 1999. Madrid: INE; 2002.
 - Ministerio de Sanidad y Consumo. Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos. 1990 al 2000. Madrid: Secretaría General Técnica; varios años.
 - Morales JM, Zunzunegui V, Martínez Salceda. Modelos conceptuales del maltrato infantil: una aproximación biopsicosocial. Gac Sanit 1997; 11: 231-241.
 - Ordoñana JR, Gutiérrez JJ. Estudio sobre conductas relacionadas con la salud de la población escolarizada de la Región de Murcia curso 1997-1998. Consejería de Sanidad y Consumo de Murcia. 1999.
 - Real Decreto 2409/1986, de 21 noviembre, sobre centros acreditados y dictámenes preceptivos para la práctica legal de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE de 24 de noviembre de 1986.
 - Ruiz MJ, Sánchez de las Matas C, Gómez-Ferrer C. Análisis comparativo de los trastornos psiquiátricos en la adolescencia. Comunicación presentada en las II Jornadas de Psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid. Octubre 1997.
 - Toro J. Psiquiatría de la adolescencia. Ed. Aula Médica. Madrid 1999.
 - Trocmé N, MacLaurin B, Fallon B, Daciuk J, Billingsley D, Tourigny M, et al. Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect: Final Report. Ottawa, Ontario: Minister of Public Works and Government Services Canada, 2001.
 - Zunzunegui MV, Morales JM, Martínez V. Maltrato infantil: factores socioeconómicos y estado de salud. An Esp Ped 1997. 47 (1): 33-41.

Enfermedades inmunoprevenibles en calendario vacunal

- Abramson J, Pickering L. US immunization policy. JAMA 2002;287:505-9
- Bernal PJ, Navarro JA, Luna T. Registro nominal de vacunaciones de la Región de Murcia. Vacunas. Invest Pract 2001;1:137-140
- Centers for Disease Control and Prevention. Ten great public health achievements. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1999;48:241-3

- Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Estudio de Incidencia de enfermedad invasiva por *Haemophilus Influenzae* en España. Madrid: CNE. 1997.
- Dirección General de Salud Pública. Indicadores sanitarios de la Sección de Programas Vacunales 2001. Boletín Epidemiológico de Murcia 2002;23:23-26
- Espín MI. Incidencia de enfermedad invasiva por *Haemophilus Influenzae* en la Región de Murcia. Bol Epidem Murcia 1997; 17-18
- Espín MI, Sandoval A, Ruiz J, Navarro JA, García J, Pérez Flores D. Enfermedad neumocócica invasora en niños de la Región de Murcia. Gaceta Sanitaria 2002;16:385-391
- García-Fulgueiras A, Tormo MJ, Rodríguez T et al. Prevalence of Hepatitis B and C markers in the South-east of Spain: An unliked community-based serosurvey of 2,203 adults. Scan J Infect Dis 1996; 28 : 17-20
- Kao JH, Chen DS. Global control of Hepatitis B virus infection. Lancet Infect Dis 2002; 2: 395-403
- La Región Europea de la OMS es declarada libre de polio. Bol Epidem Sem 2002; 10: 73-74
- Navarro Alonso JA. La Vacunología en los albores del siglo XXI. Aten Prim 2002; 29:569-74
- Navarro JA, Bernal PJ. Inmigración y enfermedades inmunoprevenibles. Vacunas. Invest Pract 2001;2:110-18
- Navarro Alonso JA, Bernal González PJ, Níguez Carbonell PJ. Analysis of factors influencing vaccine uptake: perspectives from Spain. Vaccine 2001;20:S13-S15
- Nuorti P, Suomalainen P, Heiskanen-K, et al . Fatal case of diphtheria in an unvaccinated infant, Finland 2001. Eurosurveillance 2002; 4: 1-2
- Orden de 16 Octubre 2000 de Consejería de sanidad y Consumo. BORM 2000; 49: 11739
- Palese P, García Sastre A. New directions in vaccine research. J Clin Invest 2002;109:1517-8
- Servicio de Epidemiología. Plan de acción para eliminar el sarampión en la Región de Murcia. Bol Epidem Murcia 2000; 21: 45-51
- Servicio de Vigilancia Epidemiológica. CNE. Comentario epidemiológico de las enfermedades de declaración obligatoria y sistema de información microbiológica. España. Año 2001. Bol Epidem Sem 2002; 10: 49-60
- Wilson C, Marcuse E. Vaccine safety-vaccine benefits: science and the public's perception. Nature Rev Immunol 2001;1:160-5
- World Health Organization. Certification of poliomyelitis eradication. European Region, June 2002. Wkly Epidemiol Rec 2002;77:221-224

Salud bucodental

- Decreto nº 86/1990 de 31 de octubre, por el que se establece la obligación de fluorar las aguas potables de consumo público de la Región de Murcia. (BORM de 14 de noviembre de 1990).
- Dirección General de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud. Secretaría General Técnica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1999.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Salud bucodental en: "Informe sobre la Salud de los españoles: 1998". Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/home.htm>
- Navarro Alonso JA, Pérez Flores D. II Encuesta de Salud Bucodental en escolares de la Región de Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Murcia 1999.
- Navarro Alonso JA, Pérez Flores D. Encuesta de Salud Bucodental en Escolares de la Región de la Región de Murcia. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Murcia 1990.
- Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades bucodentales. Ginebra 1988
- Servicio de Salud de la Región de Murcia. Plan de Salud de la Región de Murcia 1993-1996. Consejería de Sanidad de Murcia. Murcia 1992.

Personas mayores

- Adams RD, Victor M, Ropper AH. Degenerative diseases of the nervous system. In: Adams RD, Victor M, Ropper AH. Principles of Neurology. New York, NY: McGraw-Hill; 1997:1046-1107.
- Canadian Study of Health and Aging. Study methods and prevalence of dementia. Can Med Assoc J 1994; 150:899-913.
- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Plan Regional de Acción Integral para Personas con Discapacidad (2002-2004). Murcia: La Comunidad; de próxima aparición, 2002
- Coria F, Gómez de Caso JA, Mínguez L, Rodríguez-Artalejo F, Claveria LE. Prevalence of age-associated memory impairment and dementia in a rural community. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1993; 56(9):973-976.
- García García FJ, Sánchez Ayala MI, Pérez MA, Martín CE, Marsal AC, Rodríguez FG et al. [The prevalence of dementia and its main subtypes in subjects older than 65 years: impact of occupation and education. The Toledo Study. Med Clin (Barc) 2001; 116(11):401-407.
- Hoffman A, Rocca WA, Amaducci L (1991). A collaborative study of the prevalence of dementia in Europe: The EURODEM findings. In: Diagnostic and Therapeutic Assessments in Alzheimer's Disease, Gottfries CG, Levy R, Clincke G, Tritsmans L (eds), Wrightson Biomedical Publishing Ltd, pp 100-116.

- INE. Encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud, 1999. avance de resultados. Madrid:INE; 2001.
- Jorm AF, Korten AE, Henderson AS. The prevalence of dementia: A quantitative integration of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 76:464-479.
- Jorm AF, Jolley D. The incidence of dementia: a meta-analysis. *Neurology* 1998; 51:728-733
- Jorm AF. Alzheimer's disease: risk and protection. *Med J Aust* 1997; 167:443-446
- Katzman R, Fox P. The world wide impact of dementia in the next fifty years. In: *Epidemiology of Alzheimer's Disease: from gene to prevention*, Mayeux R, Christen Y (eds), Springer, Berlin, pp 1-17
- Langston JW, Ballard PA, Tetrud JW, Irwin I. Chronic parkinsonism in humans due to a product of meperidine-analog synthesis. *Science* 1983; 219: 979-980.
- Lobo A, Saz P, Marcos G, Dia JL, De la Cámara C. The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a southern European population. The Zaragoza study . *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52(6):497-506.
- Manubens JM, La Cruz F. Etiología de las Demencias. En: Bermejo F, del Ser T. *Demencias. Conceptos actuales*. Madrid: Díaz de Santos; 1993.
- Manubens JM, Martínez-Lage JM, Lacruz F, Muruzábal J, Larumbe R, Guarch C et al. Prevalence of Alzheimer's disease and other dementing disorders in Pamplona, Spain. *Neuroepidemiology* 1995; 14(4):155-164.
- Mayeux R, Marder K, Coste LJ, et al. The frequency of idiopathic Parkinson's disease by age, ethnic group, and sex in northern Manhattan, 1988-1993. *Am J Epidemiol* 1995; 142:820-827.
- Morens DM, Davis JW, Grandinetti A, Ross GW, Popper JS, White LR. Epidemiologic observations on Parkinson's disease : incidence and mortality in a prospective study of middle-aged men. *Neurology* 1996; 46:1044-1050.
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad, y de la Salud: CIF. Madrid: IMSERSO; 2001.
- Pi J, Olive JM, Roca J, Masana L. Prevalence of dementia in a semi-rural population of Catalunya, Spain. *Neuroepidemiology* 1996; 15(1):33-41.
- Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Calle ME, Otero AA. [Mortality pattern in Spain, 1998]. *Med Clin (Barc)* 2002; 118(1):13-15.
- Vilalta-Franch J, López-Pousa S, Llinas-Regla J. The prevalence of dementias in a rural area. A study in Girona]. *Rev Neurol* 2000; 30(11):1026-1032.

Sistema sanitario de la Región de Murcia

- Acuerdo sobre asignación del hospital “Arrixaca Vieja” del Área de Salud VI, Vega del Segura, Comarca Oriental. B.O.R.M. nº 269 de 23 de noviembre de 1988; 5203-4.
- Asenjo M.A., Bohigas Ll., Trilla A., Pastor A.. Gestión diaria del Hospital. Masson, S.A. 1.998.
- Atención Primaria en el INSALUD: 17 años de experiencia. SGAP. Madrid, 2002-09-19
- Casas, Mercé. GRD. Una guía práctica para médicos . Cuadernos de Gestión clínica. IASIST. 1.995.
- Consejería de Sanidad. Inventario de Recursos en Atención Primaria de Salud. Serie Informes nº 2. Consejería de Sanidad. Murcia 1990.
- Consejería de Sanidad y Política Social. Plan de Salud de la Región de Murcia 1998-2000. Consejería de Sanidad y Política Social. Murcia, 1998; 282-283.
- Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Poblaciones de referencia de las áreas y zonas de salud de la Región de Murcia. Censo de Población 1991. Serie Plan de Salud nº 1. C.S.A.S. Murcia 1994.
- Consejería de Sanidad y Política Social. Inventario de Recursos en Atención Primaria de Salud. Región de Murcia 1994. Serie Plan de Salud nº 3. C.S.P.S. Murcia 1995.
- Consejería de Sanidad. Reforma Sanitaria en la Región de Murcia. Balance de Recursos 1987. Cuaderno nº 2. C.S. Murcia 1987.
- Decreto 62/1986 de 18 de julio, por el que se delimitan las Zonas Básicas de Salud en la Región de Murcia. B.O.R.M. nº 199 de 30 de agosto de 1986; 3593-98.
- Decreto 27/1987 de 7 de mayo, por el que se delimitan las Áreas de Salud de la Región de Murcia. B.O.R.M de 3 de junio de 1987.
- Decreto 67/1997. Implantación del teléfono 1-1-2
- Decreto 95/2.001
- Gerencias de Atención Primaria de Murcia, Cartagena y Lorca. Informes de la Evaluación de la Cartera de Servicios 2001.
- Insalud. Cartera de Servicios de Atención Primaria. 1991.
- Insalud. Cartera de Servicios de Atención Primaria. 2002.
- Insalud. Atención Primaria en el INSALUD: 17 Años de Experiencia. 2002.
- Insalud. Manuales de Procedimiento para las Evaluaciones de la Cartera de Servicios 1997-2001.
- Insalud. Informe de la Evaluación de la Cartera de Servicios 1997.

- Insalud. Informe de la Evaluación de la Cartera de Servicios 2001.
- Insalud. Cartera de Servicios 2001.
- Insalud. Glosario de Términos para la cumplimentación del Sistema de Información de Atención Primaria. 2001.
- Ley 4/1994 de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia. B.O.R.M nº 176 de 4 de agosto de 1994.
- Mapa de recursos de asistencia especializada 2000. INSALUD.
- Mapa Sanitario. Orden de 13 de octubre de 1999. Consejería de Sanidad y Consumo.
- Memoria 2000. Dirección Territorial de Murcia.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Ley 14/1986, de 25 de abril (BOE del 29). Ley General de Sanidad. En: Compendio Legislativo de la Reforma Sanitaria (1982-1986). Madrid, 1987; 15-77.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero (B.O.E. de 1 de febrero sobre estructuras básicas de salud. En: Compendio Legislativo de la Reforma Sanitaria (1982-1986). Madrid, 1987; 87-95.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Ordenación Sanitaria del Territorio en las Comunidades Autónomas. MSC. Madrid, 1995.
- Orden de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de 13 de mayo de 1995, sobre sectorización de los servicios asistenciales de salud mental de la Comunidad Autónoma de Murcia. B.O.R.M. nº 147 de 27 de junio de 1995; 7508-10.
- Orden de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de 11 de noviembre de 1994, por la que se designa al Hospital de Los Arcos como de referencia de determinadas Zonas de Salud. B.O.R.M nº 269 de 22 de noviembre de 1994; 10.143.
- Orden de la Consejería de Sanidad de 27 de abril de 1984, por la que se delimitan con carácter provisional diversas Zonas de Salud en la Región de Murcia. B.O.R.M. nº 100 de 3 de mayo de 1984; 2039-2040.
- Orden de la Consejería de Sanidad de 12 de diciembre de 1984, por la que se delimitan con carácter provisional diversas Zonas de Salud en la Región de Murcia. B.O.R.M. nº 2 de 3 de enero de 1985; 27.
- Orden de la Consejería de Sanidad de 11 de enero de 1991, por la que se aprueba el Mapa Sanitario de la Región de Murcia. B.O.R.M. nº 28 de 4 de febrero de 1991; 619-624.
- Orden de la Consejería de Sanidad de 18 de enero de 1994, por la que se modifica el anexo de la Orden de 11 de enero de 1991, por la que se aprueba el Mapa Sanitario de la Región de Murcia. B.O.R.M. nº 22 de 28 de enero de 1994; 627-630.

- Orden de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de 17 de mayo de 1995, de modificación parcial del anexo de la Orden de 11 de enero de 1991, por la que se aprueba el Mapa Sanitario de la Región de Murcia. B.O.R.M. nº 163 de 15 de julio de 1995; 227-630.
- Orden de 13 de octubre de 1999, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se aprueba el Mapa Sanitario de la Región de Murcia. B.O.R.M. nº 251 de 29 de octubre de 1999; 11.323-11.328.
- Plan Director de Urgencias. INSALUD.
- Plan Estratégico 061 de Murcia.
- Plan de Salud de la Región de Murcia 1998-2000
- Plan de telemedicina del Insalud. Madrid 2000.
- Proyecto de asistencia médica urgente extrahospitalaria de la Región de Murcia. SAMU. 1996.
- RD 137/84 sobre estructuras básicas de salud
- RD 521/1.987
- RD 571/1990 de 27 de abril sobre estructura periférica de Insalud.
- RD118/1.991
- RD 29/2000 de 14 de enero.
- RD 1474/2.001
- RD de 28 de diciembre de 2001 sobre transferencias sanitarias.
- Subdirección General de Atención Primaria. “Atención de Urgencias en Atención Primaria”. Noviembre 1999.
- Temes J.L, Pastor V, Díaz J.L. Manual de Gestión Hospitalaria. Mcgraw-Hill-Interamericana. 1.992.

Análisis comparativo de otros Planes de Salud nacionales e internacionales

Organismos supranacionales

- Decisión del Parlamento Europeo y del Consejo por la que se adopta un programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2001-2006). Comisión de las Comunidades Europeas, 2000/0119 (COD), Bruselas.
- Salud para todos en el siglo XXI. World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen, 1995.

Entorno OCDE

- Challenges to the health care of the future. Ministry of Health and Social Affairs, Sweden, 2001.
- Equity-oriented national strategy for public health in Sweden. A case study. Pirooska Östlin y Finn Diderichsen. Policy Learning Curve Series, Number 1. David J. Hunter, Naomi Fulop y Morton Warner. European Centre for Health Policy, 2001, Bruselas.
- Everybody is wanted, 1998 (Noruega).
- Exploring health policy development in Europe. Anna Ritsatakis y col. World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000.
- From "Health of the Nation" to "Our Healthier Nation". A case study. Policy Learning Curve Series, Number 2. David J. Hunter, Naomi Fulop y Morton Warner. European Centre for Health Policy, 2000, Bruselas.
- Governing people's lives. Strategies for improving the health of the nations in England, Denmark, Norway and Sweden. Signild Vallgada. European Journal of Public Health, 2001, Vol. 11: 386-392.
- Health on equal terms: national targets for public health, 2000 (Suecia).
- How can Sweden improve her health?, 1998 (Suecia).
- Our Healthier Nation, 1998 (Reino Unido).
- Saving Lives, 1999 (Reino Unido).
- The Danish Government Programme on Public Health and Health Promotion 1999-2000 (Dinamarca).
- The Danish Government Programme on Public Health and Health Promotion 1999-2008. A case study Policy Learning Curve Series, Number 5. Finn Kamper-Jorgensen. European Centre for Health Policy, 2001, Bruselas.

Entorno Nacional

- I Plan de Salud de la Comunidad de Madrid 1995-2004. Consejería de Sanidad, Madrid, 1995.

- II Plan Andaluz de Salud 1999-2002. Consejería de Salud, Sevilla, 1999.
- II Plan de Salud de Castilla La Mancha 2001-2010. Consejería de Sanidad, Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, 2002.
- II Plan de Salud de Castilla y León 1998-2007. Consejería de Sanidad y Bienestar Social, Junta de Castilla y León, 1998.
- II Plan de Salud de Extremadura 2001-2004. Consejería de Sanidad y Consumo, Badajoz, 2001.
- II Plan de Salud de Navarra 2001-2005. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, Vol. 24, Suplemento 3, 2001.
- II Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2001-2004. Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana, 2001.
- II Plan de Salud de la Región de Murcia 1998-2000. Consejería de Sanidad y Política Social, Murcia, 1998.
- La introducción de objetivos de salud en el marco de la política sanitaria española: una revisión documental del proceso. Gispert, R. y col. Gaceta Sanitaria, 2000, Suplemento 3: 34-44.
- Planes de salud y planificación en España durante la década de los 90. Caracterización de la crisis y perspectivas. Tesis Doctoral. José Ramón Repullo, 1998. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública (Facultad de Medicina), Madrid.

Alineamiento estratégico

- Plan Estratégico de Desarrollo de la Región de Murcia 2000-2006
- Plan de Integración Social de los Inmigrantes de la Región de Murcia 2002-2004, Consejería de Trabajo y Política Social.
- Plan Regional de Inclusión Social
- Plan Regional de Solidaridad en la Educación 2001-2003, Consejería de Educación y Universidades.