

# ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA SANIDAD

## REGIÓN DE MURCIA



**es+salud**

Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia 2005 - 2010



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad



**Edita:**  
Consejería de Sanidad

**Impresión:**  
A.G. Novograf

**Depósito Legal:**  
MU-XXXX-2006

**I.S.B.N.:**  
84-95393-75-1

<b>Presentación</b> .....	<b>5</b>
<b>Fases y metodología para el desarrollo de las Estrategias Sostenibles</b> .....	<b>9</b>
<b>Principales conclusiones del Diagnóstico de Situación</b> .....	<b>17</b>
<b>Necesidades y expectativas de grupos de interés</b> .....	<b>35</b>
<b>Misión, visión y valores</b> .....	<b>39</b>
<b>Orientaciones estratégicas</b> .....	<b>43</b>
<b>Desarrollo de estrategias</b> .....	<b>49</b>
<b>Sistemas para la comunicación, implantación y evaluación de las Estrategias Sostenibles</b> .....	<b>125</b>
<b>Comités y grupos de trabajo</b> .....	<b>131</b>
<b>Documento de adhesión</b> .....	<b>143</b>



**L**a sanidad pública representa el principal exponente de las políticas de protección social y bienestar ciudadano. Sin embargo, y como es bien sabido, todos los sistemas sanitarios públicos en los países desarrollados se enfrentan a retos crecientes que es necesario afrontar con nuevas visiones políticas y de gestión. La presión asistencial derivada de los cambios demográficos, fundamentalmente asociada al aumento de población inmigrante y al incremento continuo de enfermos crónicos, compromete de manera creciente la disponibilidad de recursos suficientes para atender una mayor esperanza de vida libre de incapacidad.



Asistimos, además, a la aparición de nuevas y costosas tecnologías diagnósticas y terapéuticas no siempre validadas para la utilización sistemática, lo que nos obliga a saber priorizar nuestras actuaciones sanitarias en busca del uso racional de unos recursos que siempre son limitados.

De manera coincidente, los ciudadanos han adquirido una nueva actitud de demanda sobre las prestaciones de la sanidad y cada vez más nos exigen mejores condiciones de proximidad, rapidez y calidad, sin olvidar además su voluntad legítimamente establecida de participación en la toma de decisiones.

Soy consciente de que este desafío condiciona directamente las acciones de un Gobierno que apuesta por una sanidad pública de calidad y excelencia. En consecuencia, las *ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA SANIDAD EN LA REGIÓN DE MURCIA 2005-2010*, que hoy les presento, son el reflejo de nuestro

compromiso para seguir cumpliendo los objetivos políticos fijados en el Plan de Salud 2003-2007 y continuar la línea de mejora de los servicios sanitarios que de manera integral venimos desarrollando desde que asumimos las competencias en materia de salud hace ahora cuatro años.

Queremos responder a este compromiso con una redefinición de nuestra visión como organización, gestionando los cambios que sean necesarios para seguir avanzando hacia la excelencia del sistema, y buscando permanentemente nuevas oportunidades para que los ciudadanos se sientan más satisfechos de la atención que reciben y para que los profesionales vean resueltas sus

expectativas de desarrollo y mejora profesional.

Es un reto importante que hemos afrontado con una amplia participación de profesionales y personal directivo tanto de la Consejería de Sanidad como del Servicio Murciano de Salud. A todos ellos quiero expresar mi gratitud por haber contribuido a definir hacia dónde vamos y cuál es el mejor camino para conseguirlo –algo fundamental en organizaciones complejas como la sanitaria–, con la convicción de que sus aportaciones, derivadas del conocimiento y la experiencia, son garantía para conseguir entre todos una sanidad que responda a las necesidades de todos los murcianos y murcianas: una sanidad más eficaz, más segura, más participativa y más eficiente. En definitiva, una sanidad de calidad que procure un coste socialmente sostenible.

**María Teresa Herranz**  
Consejera de Sanidad de Murcia



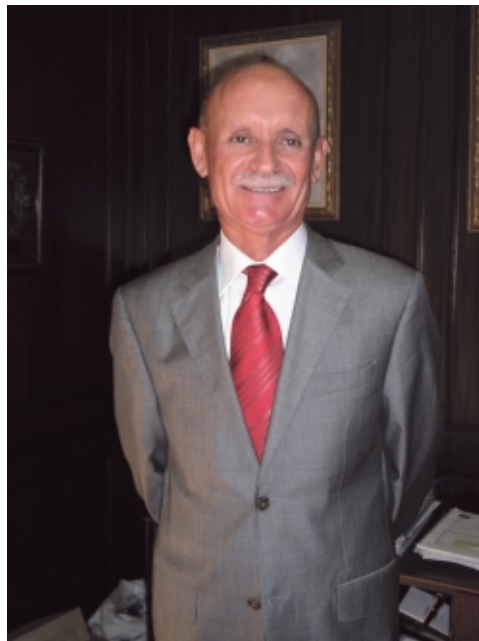
**I**niciar una presentación, para mí tan importante como la de las Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad Regional, provoca de entrada cierto malestar. Primero, por el temor de no saber estar a la altura del propio documento y desacreditarlo en lugar de refrendarlo, y, segundo, porque la tentación inmediata es hacer una síntesis de lo que hemos pretendido en el mismo, lo que a mi juicio sólo es posible leyendo el documento completo, y, por tanto, mejor no embarcarse en ese trabajo, siendo consciente de que con esta toma de postura estoy intentando involucrar a todos en un proceso que necesariamente os llevará tiempo de lectura, pero que espero, de verdad, encontréis de utilidad. No obstante lo anterior, sí que quiero dejar constancia de algunas cuestiones, entre otras:

*Mi agradecimiento personal a todos los que han colaborado y han hecho de esa manera posible la puesta en marcha de nuevos escenarios para la comprensión de la realidad sanitaria y su constante y necesario debate. Espero y deseo que no abandonen el camino.*

*Mi agradecimiento personal a la consultora y, sobre todo, a Pablo López Arbeloa, porque nos hemos comunicado incluso sin palabras lo que sentíamos en cada momento.*

*Mi agradecimiento personal a la consejera de Sanidad, Maite Herranz, porque me ha permitido realizar un sueño largamente acariciado: que quedara constancia escrita de lo que piensan*

*gran parte de los profesionales sanitarios de nuestra Región, de una manera estructurada y solidaria con todas las sensibilidades personales e incluso políticas de este complejo mundo de la sanidad, en un proyecto que ha de ser necesari-*



*amente de largo recorrido. Consejera, me has hecho feliz permitiéndome ser el director del proyecto.*

*Por último, y hablando de felicidad, seguro que no es necesario señalar que lo que pretende el responsable de la realización de cualquier actividad es tener empleados motivados, bien pagados, reconocidos socialmente, implicados personal y profesionalmente en el me-*

*mejor desarrollo de su empresa, que sean capaces de encontrar, en definitiva, el mejor de los escenarios posibles en su mundo del trabajo. Estoy convencido que ese es el objetivo de la Consejería de Sanidad y del Servicio Murciano de Salud: ser la mejor empresa de servicios del mundo, con todo lo que ello implica de grado de satisfacción de clientes y empleados. Otra cosa es que lo consigamos, aunque lo seguro es que estamos dispuestos a contar con todo el mundo para recorrer el camino (partidos políticos, sindicatos, asociaciones de usuarios, asociaciones de enfermos, sociedades científicas, etcétera). En ello estamos y ese es uno de nuestros objetivos.*

*Gracias a todos.*

**Domingo Coronado**  
Director del proyecto





**FASES Y  
METODOLOGÍA** para el  
**Desarrollo de las  
Estrategias  
Sostenibles**

**es+salud**



## Presentación

La planificación estratégica constituye un elemento clave de dirección de las organizaciones modernas. Es un proceso de enfoque y orientación de la evolución de la organización con el fin de hacer posible el futuro deseado, y esta orientación debe realizarse a través de un proceso sistemático y dinámico de análisis y decisión, teniendo en cuenta las expectativas de los grupos de interés y los condicionantes y potencialidades, tanto externas como internas.

La elaboración del Plan Estratégico (PE) de la Consejería de Sanidad constituye una oportunidad para promover su adaptación a las innovaciones que en materia de organización y gestión sanitaria se están adoptando en los servicios de salud más modernos, tanto españoles como europeos. Esta iniciativa es un complemento a la apuesta por la utilización de modelo europeo de excelencia en la gestión (EFQM), y la combinación de ambas iniciativas reportará sinergias en la organización operativa y en la implicación de los profesionales.

Los objetivos propuestos del proyecto han sido los siguientes:

- Realizar un informe de situación de los servicios sanitarios en la Región de Murcia que incorpore análisis de la accesibilidad, operatividad, calidad y eficiencia de los servicios prestados a la comunidad.

- Recopilar toda la información necesaria para la formulación estratégica y entre esas, especialmente la referente a: evolución de la población, análisis y expectativas de los grupos de interés, coordinación asistencial, estilos de práctica clínica y evolución tecnológica.
- Definir las estrategias más importantes a desarrollar en los próximos años.
- Definir un plan de acción temporal para el desarrollo de las estrategias definidas.
- Desarrollar un sistema de evaluación del despliegue de las estrategias definidas y una metodología de revisión y ajuste de las mismas.

El proyecto se ha desarrollado en las cuatro fases indicadas en el cuadro siguiente:

<b>Fase 1</b>	<b>Organización y lanzamiento del proyecto.</b>
<b>Fase 2</b>	<b>Análisis interno y del entorno.</b>
<b>Fase 3</b>	<b>Formulación estratégica y planes de acción.</b>
<b>Fase 4</b>	<b>Comunicación, evaluación y ajuste de la planificación estratégica.</b>

## Fase 1. Organización y lanzamiento del proyecto

- 1.1. Formalización y constitución de los órganos decisivos.
- 1.2. Constitución de los grupos de trabajo.
- 1.3. Diseño del plan maestro del proyecto.
- 1.4. Sistema de garantía de calidad.

Esta fase tuvo como misión definir los órganos decisorios del proyecto y establecer los niveles de participación en el mismo, las metodologías de trabajo a emplear, los principios de actuación y la organización operativa.

### Órganos de decisión

Para el desarrollo de este Plan Estratégico (PE) se han considerado dos niveles de decisión. El primer nivel ha estado constituido por los órganos de decisión del proyecto y entre ellos:

- **Comité de Dirección**, presidido por la Consejera de Sanidad y del que forman parte la alta dirección de la Consejería.
- **Comité de Planificación Estratégica**, formado por los cargos directivos de la Consejería de Sanidad y del Servicio Murciano de Salud (SMS). Este comité ha dirigido el proceso de planificación estratégica, revisado el trabajo realizado por los grupos de trabajo y acordado las estrategias y líneas de actuación.
- **Comité Asesor**, constituido por personas relevantes tanto del sector salud como de la sociedad de Murcia, que principalmente han reali-

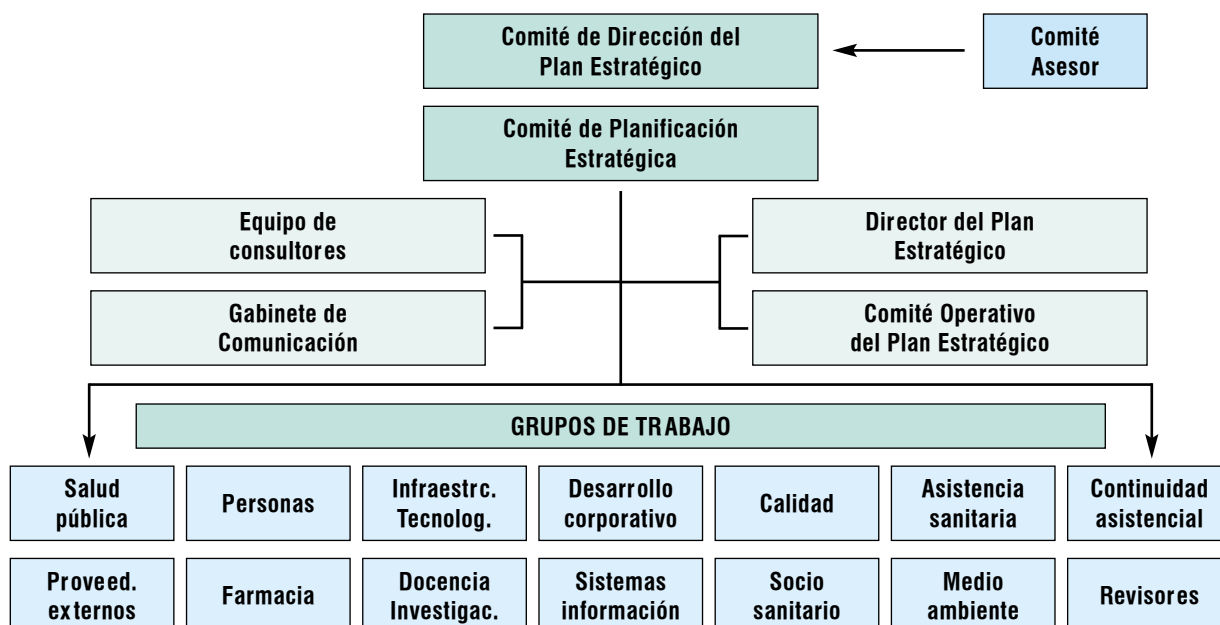
zado actividades de aportación de ideas y revisión de documentos.

- **Comité Operativo**, constituido por el director del Plan Estratégico, coordinadores de grupos de trabajo y equipo de consultores.
- **Gabinete de Comunicación**, constituido fundamentalmente por el Gabinete de Prensa de la Consejería.

### Grupos de trabajo

Del segundo nivel han formado parte los diferentes grupos de trabajo constituidos a iniciativa del Comité de Planificación Estratégica. Se constituyeron 13 grupos de trabajo, más uno de revisores, en los que han participado 200 profesionales.

1. Desarrollo sostenible y promoción de la salud pública.
2. Desarrollo sostenible de las políticas de implicación de los profesionales.
3. Desarrollo sostenible de las infraestructuras y tecnologías.
4. Organización y desarrollo corporativo de la Consejería.



5. Calidad asistencial y orientación al paciente.
6. Innovación y desarrollo de la asistencia sanitaria.
7. Coordinación y continuidad asistencial.
8. Desarrollo sostenible de políticas de colaboración con proveedores externos y de complementariedad al sector público.
9. Desarrollo sostenible de las políticas de uso racional de los medicamentos.
10. Desarrollo sostenible de la docencia e investigación sanitaria.
11. Desarrollo sostenible de las tecnologías de información y comunicación.
12. Desarrollo sostenible de políticas socio-sanitarias.
13. Contribución al progreso de la sociedad y a la preservación del medio ambiente.

## Plan maestro del proyecto

El Comité de Planificación Estratégica aprobó un plan maestro del proyecto que contenía:

- Actividades previstas, secuencia y cronograma.
- Propuesta de constitución de grupos de trabajo.
- Metodologías para el desarrollo del trabajo en grupo.
- Actividades planificadas de comunicación.
- Sistemas de aseguramiento de la calidad de los trabajos realizados.
- Encuesta de satisfacción sobre el trabajo realizado a los participantes en grupos de trabajo.
- Definición de estilo e imagen corporativa del Plan Estratégico.
- Sistema documental para el registro de todas las actividades realizadas en el proyecto.
- Informes de seguimiento del PE. Con carácter mensual se ha editado un informe de seguimiento del proyecto con mención a las activi-

dades desarrolladas y con la valoración e impresiones sobre la marcha del mismo.

## Plan de garantía de calidad

La realización de este trabajo ha estado sometida en todo momento a un sistema de calidad que ha medido ésta en los trabajos desarrollados. Este mecanismo se ha sustentado en el análisis de la calidad documental de los informes elaborados, de los registros y de los informes de seguimiento, y en la valoración de la satisfacción de los participantes en los grupos de trabajo.

## Fase 2. Análisis interno y del entorno

### 2.1. Necesidades y expectativas de los grupos de interés.

### 2.2. Análisis demográfico y socio-económico.

### 2.3. Análisis interno.

### 2.4. Análisis de mercado.

### 2.5. Evolución tecnológica.

### 2.6. Síntesis de competencias.

### 2.7. Matriz DAFO y matriz competitiva.

En esta fase se identificaron todas las informaciones relevantes para iniciar la formulación estratégica. El objetivo era disponer de una información objetiva y neutral que sirviese de punto de encuentro entre todos los participantes en el proceso. Esta información se esquematiza en los siguientes puntos:

## Necesidades y expectativas de los grupos de interés

Se realizó un gran esfuerzo en evidenciar las necesidades y expectativas de los grupos de interés. Se identificaron como los principales grupos de interés de la Consejería a:

1. El ciudadano.

2. Los profesionales de la Consejería de Sanidad y SMS.
3. La sociedad.
4. El Gobierno de Murcia.

Para objetivar estas necesidades y expectativas se revisaron diversas fuentes documentales y se realizaron encuestas cuyo objetivo era reconocer las principales orientaciones estratégicas. Se han realizado tres tipos de encuestas de opinión para determinar estas expectativas:

- 1. Encuesta a profesionales de la Consejería y del SMS** enfocada a conocer las necesidades y expectativas de los profesionales. Se sondeó la opinión de los 14.560 profesionales de la Consejería de Sanidad y SMS, obteniéndose una participación del 37%.
- 2. Encuesta a líderes de la organización** destinada a reconocer la opinión de los profesionales con responsabilidades en la Consejería y SMS. En este caso se enviaron 1.092 encuestas a directivos y mandos intermedios.
- 3. Encuesta a representantes de la sociedad** cuya intencionalidad es reconocer directamente las expectativas de la sociedad e indirectamente la de los ciudadanos. En este caso se envió la encuesta a 160 personas que podrían expresar la diversidad de la sociedad actual y entre ellas se seleccionaron a concejales de Sanidad de los municipios, miembros del Consejo de Salud, asociaciones científicas, de profesionales, de consumidores, de vecinos y de enfermos, representantes sindicales y profesionales de la Universidad.

### Análisis de situación

Este informe incorpora una exhaustiva revisión del estado de desarrollo de la sanidad mur-

ciana y su relación con el desarrollo y progreso de la sociedad. Incluye informaciones sobre:

- **Análisis demográfico** que evidencia la evolución poblacional de la Región de Murcia y el impacto de la inmigración.
- **Análisis socio-económico** que recoge las principales tendencias en el crecimiento económico, los niveles de renta, el nivel educativo, el impacto del turismo y otras informaciones de interés para la formulación estratégica.
- **Situación actual de la sanidad en la Región** que incluye informaciones sobre:
  - Análisis de los indicadores más relevantes del SMS en Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE).
  - Análisis de recursos humanos.
  - Análisis de la situación económico-financiera.
  - Análisis de infraestructuras y desarrollo tecnológico.

### Síntesis de competencias

Con todas las informaciones descritas previamente se ha editado un informe que recoge las fortalezas y debilidades del sistema sanitario de la Región de Murcia, así como las oportunidades y amenazas del entorno. Este informe se organiza de acuerdo a la estructura de criterios del modelo europeo de calidad EFQM.

## Fase 3. Formulación estratégica y planes de acción

- 3.1. Definición de misión, visión y valores.
- 3.2. Identificación de líneas estratégicas básicas (LEB).
- 3.3. Estrategias de las LEB.
- 3.4. Indicadores de las LEB.
- 3.5. Planes de acción para cada LEB y estrategias definidas.

Esta fase es la más creativa del proceso y su objetivo es definir las orientaciones y directrices a desarrollar por la Consejería de Sanidad en los próximos seis años. Para el arranque de este proceso ha tenido especial relevancia el **Plan de Salud 2003-2007 de la Región de Murcia**, que identifica las principales necesidades y prioridades de salud de la sociedad murciana, así como las acciones a desarrollar durante su período de vigencia.

Este proceso ha sido liderado por los grupos de trabajo y por el Comité de Planificación Estratégica, utilizando como enlace el Comité Operativo. El Comité de Planificación Estratégica definió la misión, visión y valores de la Consejería de Sanidad que recogen su razón de ser y sus actividades preferentes, sus aspiraciones de futuro y sus principios de actuación.

Simultáneamente, los grupos de trabajo, y una vez definido su ámbito de actuación, iniciaron su actividad identificando las fortalezas y debilidades de la situación actual y seleccionando las directrices estratégicas a desarrollar. Para cada una de estas directrices se especificó:

- Definición de las acciones para la consecución de las estrategias definidas.
- Ponderación de la relevancia de la estrategia definida con base en cinco ejes: impacto sobre los pacientes, impacto sobre el funcionamiento de la organización, viabilidad/dificultad de desarrollo, nivel de competencia actual del SMS y grado de dependencia externa en el alcance de la estrategia.

- Identificación de los indicadores de seguimiento de la estrategia definida.
- Definición de los objetivos a alcanzar hasta el año 2010.

## Fase 4. Comunicación, evaluación y ajuste de la planificación estratégica

### 4.1. Comunicación de las Estrategias Sostenibles.

### 4.2. Indicadores para el análisis del enfoque y despliegue de las estrategias.

### 4.3. Evaluación de despliegue del Plan Estratégico.

### 4.4. Actualización de las estrategias.

Dentro de esta fase se incluye:

- La política de comunicación y difusión del Plan Estratégico tanto interna como externa.
- Recomendaciones para la implantación de las estrategias definidas.
- La sistemática para el despliegue de las Estrategias Sostenibles en los contratos que la Consejería establece con los proveedores de servicios sanitarios.
- El modelo de evaluación y actualización del Plan Estratégico que sirve para:
  - La medición del enfoque y del despliegue de las estrategias definidas.
  - La monitorización del progreso del Plan Estratégico de acuerdo con el seguimiento de los indicadores propuestos.
  - El diseño del mecanismo para la actualización periódica del Plan Estratégico durante su período de vigencia.





**PRINCIPALES  
CONCLUSIONES**

**del Diagnóstico  
de Situación**

**es+salud**



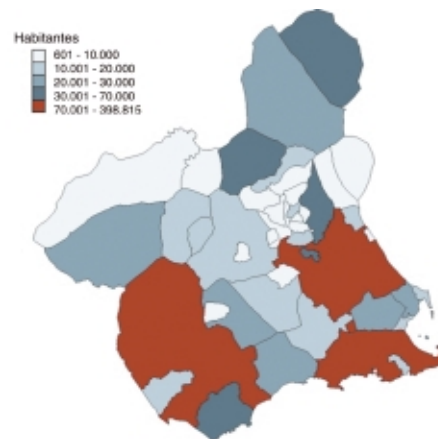
## Estructura poblacional

### Población

- La población de la Región de Murcia, según los últimos datos publicados, es a 1 de enero de 2004 de 1.294.694 habitantes, que representa un 3% del número total de habitantes de España.
- En el último año, la Región de Murcia presenta una variación relativa del 2%, siendo la región con más crecimiento relativo de España, sólo superada por La Rioja.
- La Región de Murcia experimentó a lo largo del pasado siglo una evolución demográfica por debajo de la del resto del Estado, cambiando el signo de forma notoria a partir de la década de los 90, en la que el crecimiento anual medio de la población de la Región de Murcia fue 2,7 veces superior al de España. Esta tendencia se mantiene, aunque con menos fuerza, en los últimos cinco años, en los que el crecimiento en la Región de Murcia ha sido de un 12,6% respecto a un 6,7% en el resto del Estado, es decir, 1,88 veces más.

Región de Murcia		
Año	Total Habit.	Crec. relativo
2000	1.149.328	1,6%
2001	1.190.378	3,6%
2002	1.226.993	3,1%
2003	1.269.230	3,4%
2004	1.294.694	2,0%

### Mapa de población 2004 de la Región de Murcia



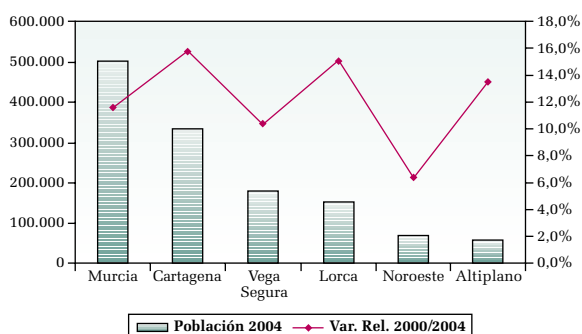
Fuente: <http://www.carm.es/econet/mapas/index.htm>  
(Mapas temáticos)

	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Población nacional</b>	40.499.791	41.116.842	41.837.894	42.717.064	43.197.684
<b>Población Reg. de Murcia</b>	1.149.328	1.190.378	1.226.993	1.269.230	1.294.694
<b>% Poblac. Reg. Murcia/Nacion.</b>	2,8%	2,9%	2,9%	3,0%	3,0%

## Distribución y evolución de la población por Áreas de Salud

Área sanitaria	% Población respecto total				
	2000	2001	2002	2003	2004
<b>1 Murcia</b>	39,2%	38,9%	38,8%	38,8%	38,8%
<b>2 Cartagena</b>	25,1%	25,2%	25,4%	25,7%	25,8%
<b>6 Vega Segura</b>	14,1%	14,0%	14,0%	13,8%	13,9%
<b>3 Lorca</b>	11,6%	11,9%	11,9%	11,9%	11,9%
<b>4 Noroeste</b>	5,6%	5,5%	5,4%	5,3%	5,3%
<b>5 Altiplano</b>	4,4%	4,5%	4,5%	4,4%	4,4%

Fuente: Instituto Nacional Estadística – INE. Elaboración propia.

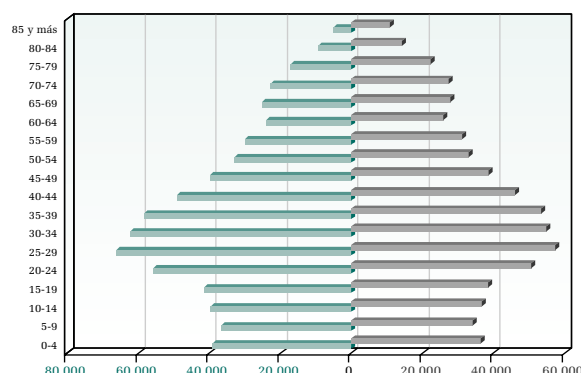


- La población presenta una concentración elevada fundamentalmente en torno a los dos núcleos principales, Murcia capital y Cartagena, que junto con Lorca y Molina de Segura poseen el 56,7% del total. Sin embargo, el crecimiento relativo de la población de Murcia con 11,7% o de Cartagena con 9,9% es bajo si se compara con pequeños núcleos como Los Alcázares, con un crecimiento del 50,5% en los últimos cinco años, o Mazarrón, con un creci-

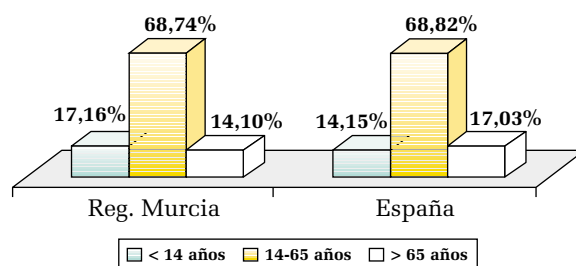
miento del 38,6%, debido probablemente a su oferta turística.

- En los últimos cinco años, la concentración de población del Área de Salud de Cartagena asciende 0,7 puntos y la de Lorca 0,3, manteniéndose Altiplano y bajando Murcia 0,4, Noroeste 0,3 y Vega del Segura-Comarca Oriental 0,2. Respecto al aumento de población es Cartagena el área con mayor crecimiento relativo, un 15,8%, siendo Noroeste el área de menor variación relativa, con un 6,4%.

## Evolución de la población por edades



AÑO 2003



	1999	2000	2001	2002	2003	Variación 1999/2003	
						Absoluta	Relativa
<b>De 0 a 14 años</b>	202.704	202.974	204.568	209.915	217.726	15.022	7,4%
<b>De 15 a 64 años</b>	765.844	780.083	815.182	842.293	872.521	106.677	13,9%
<b>Más de 65 años</b>	162.580	166.271	170.628	174.785	178.983	16.403	10,1%
<b>Índice Envejecimiento</b>	0,80	0,82	0,83	0,83	0,82		

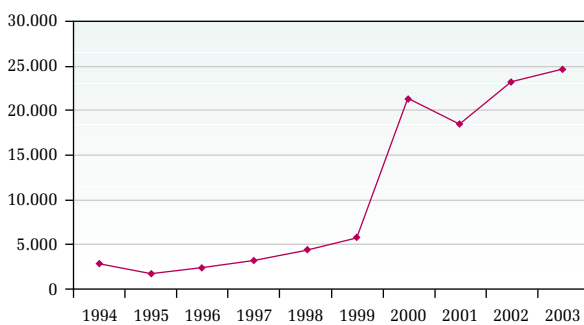
Fuente: Instituto Nacional Estadística – INE. Elaboración propia.

- La población de la Región de Murcia presenta un menor índice de envejecimiento que el conjunto de España.
- El índice de envejecimiento de la población, con tendencia ascendente hasta 2003, empieza a cambiar en 2004 debido al crecimiento de la natalidad en la población inmigrante extranjera. Así, si entre 1999 y 2002 pasó del 0,80 al 0,83, en 2003 es del 0,82.

### Movimiento migratorio

	Saldo migratorio total
1994	2.823
1995	1.743
1996	2.365
1997	3.120
1998	4.215
1999	5.679
2000	21.306
2001	18.510
2002	23.202
2003	24.643

Fuente: CREM. Movimientos migratorios. Elaboración propia.



- Las cifras aquí presentadas se refieren al saldo migratorio total, que se establece por la acumulación de movimientos migratorios internos (dentro del Estado entre provincias) y externos (con origen o destino el extranjero), consi-

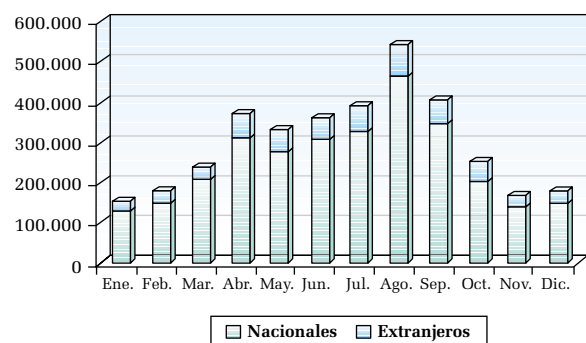
derando tanto las migraciones de españoles como las de extranjeros.

- Se ha de señalar que, según el Anuario Estadístico de Extranjería del Ministerio del Interior, a 31 de diciembre de 2002 había en la Región de Murcia 52.975 extranjeros con tarjeta o permiso de residencia en vigor, que suponía un 4,2 sobre el total de la población.
- El crecimiento vegetativo en el año 1980 fue de 10.643, bajando a 3.409 en 1999. Es a partir de 1999 que se produce un giro importante en esta tendencia, comenzando un crecimiento sostenido en los últimos años hasta la cifra de 6.623 en el año 2003. El motivo es el mismo: el mayor índice de natalidad en la población inmigrante extranjera.

### Turismo

#### Número de viajeros

Nº viajeros 2003



- Las necesidades sanitarias vinculadas al turismo son algo muy a tener en cuenta, debido a la importante población flotante que se acumula sobre todo en ciertos meses del año y en un territorio definido. Por ejemplo, en el mes de agosto de 2003, el número de viajeros fue de 539.567, es decir, un 42,51% de la población estable de ese año, que ascendía a 1.269.230.

MES	AÑO 2003				AÑO 2002	
	Nº viajeros	Nacionales	Extranjeros	% Nacion.	Nº viajeros	Evoluc. 03/02
Enero	152.132	128.728	23.404	84,6%	127.539	19,3%
Febrero	173.989	148.627	25.362	85,4%	180.863	-3,8%
Marzo	240.867	207.069	33.798	86,0%	332.507	-27,6%
Abril	367.600	312.307	55.293	85,0%	306.263	20,0%
Mayo	328.143	279.381	48.762	85,1%	328.155	0,0%
Junio	363.489	309.588	53.901	85,2%	345.952	5,1%
Julio	390.189	323.977	66.212	83,0%	417.361	-6,5%
Agosto	539.567	465.838	73.729	86,3%	588.524	-8,3%
Septiembre	405.846	345.418	60.428	85,1%	473.951	-14,4%
Octubre	251.056	203.054	48.002	80,9%	325.938	-23,0%
Noviembre	168.870	139.287	29.583	82,5%	214.562	-21,3%
Diciembre	175.160	149.864	25.296	85,6%	168.391	4,0%
<b>TOTAL</b>	<b>3.556.908</b>	<b>3.013.138</b>	<b>543.770</b>	<b>84,7%</b>	<b>3.810.006</b>	<b>-6,6%</b>

Fuente: Publicaciones Consejería Turismo. Elaboración propia.

## Mercado de trabajo

### Población de 16 y más años

- En el quinquenio 2000/2004, el porcentaje de población activa mayor de 16 años de la Región de Murcia aumenta en dos puntos, mientras que la de inactivos disminuye 2,2, con resultados discretamente favorables con relación al conjunto de España.

REGIÓN DE MURCIA	2000	2001	2002	2003	2004
Activos	55,2%	53,6%	55,3%	56,8%	57,8%
Ocupados	48,3%	47,7%	49,0%	50,8%	51,9%
Parados	6,9%	5,9%	6,3%	6,0%	5,9%
Inactivos	44,8%	46,4%	44,7%	43,2%	42,2%
<b>TOTAL</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

ESPAÑA	2000	2001	2002	2003	2004
Activos	54,1%	53,3%	54,3%	55,4%	56,0%
Ocupados	46,8%	47,7%	48,1%	49,2%	50,1%
Parados	7,3%	5,6%	6,2%	6,2%	5,9%
Inactivos	45,9%	46,7%	45,7%	44,6%	44,0%
<b>TOTAL</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Los datos están referidos a los últimos trimestres de cada año, excepto 2004, que hacen referencia a los del tercero.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística – INE. Elaboración propia.

## Renta disponible

### Renta bruta disponible per cápita

- El nivel medio de renta bruta disponible per cápita aumenta entre los años 1998–2002 tanto en la Región de Murcia como en el resto de Comunidades Autónomas, observándose una tendencia de acercamiento entre Comunidades, de

forma que los índices más altos tienden a estancarse, mientras que los más bajos aumentan.

- La Región de Murcia presenta un índice de 83,83 en 1995, subiendo a 88,32 en 2002.
- En los cinco años presentados se aprecia un aumento en la renta disponible y una mejora respecto al nivel medio nacional.

	1998			1999 (P)			2000 (P)			2001 (P)			2002 (A)		
	€	Índice	Varia. 98/97	€	Índice	Varia. 99/98	€	Índice	Varia. 00/99	€	Índice	Varia. 01/00	€	Índice	Varia. 02/01
<b>Región de Murcia</b>	7.618	85,87	5,08%	7.943	85,09	4,27%	8.565	86,36	7,83%	8.962	86,43	4,64%	9.729	88,32	8,56%
<b>España</b>	8.872	100,0	4,98%	9.335	100,0	5,22%	9.918	100,0	6,25%	10.369	100,0	4,55%	11.016	100,0	6,24%

Fuente: INE. (P) Provisional. (A) Avance.

Renta disponible bruta (per cápita) 1995		
Comunidad Autónoma	Valor (euros)	Índice
Navarra (C. Foral de)	9.539	124,47
Baleares (Illes)	9.525	124,28
País Vasco	9.181	119,79
Madrid (Comunidad de)	9.126	119,08
Cataluña	8.935	116,58
Rioja (La)	8.745	114,10
Aragón	8.467	110,48
Cantabria	7.639	99,67
Castilla y León	7.521	98,13
Ceuta y Melilla	7.435	97,01
Comunidad Valenciana	7.368	96,14
Asturias (Principado de)	7.289	95,11
Canarias	7.184	93,74
Galicia	6.705	87,49
Castilla - La Mancha	6.591	86,00
<b>Murcia (Región de)</b>	<b>6.425</b>	<b>83,83</b>
Andalucía	6.112	79,75
Extremadura	5.510	71,89
Melilla		
Ceuta		
<b>ESPAÑA</b>	<b>7.664</b>	<b>100,0</b>

Renta disponible bruta (per cápita) 2002 (A)		
Comunidad Autónoma	Valor (euros)	Índice
País Vasco	13.690	124,47
Navarra (C. Foral de)	13.477	122,34
Baleares (Illes)	13.356	121,24
Madrid (Comunidad de)	13.177	119,62
Rioja (La)	12.715	115,42
Cataluña	12.356	112,16
Aragón	12.271	111,39
Cantabria	11.341	102,95
Castilla y León	10.936	99,27
Melilla	10.739	97,49
Comunidad Valenciana	10.721	97,32
Ceuta y Melilla	10.547	95,74
Ceuta	10.377	94,20
Asturias (Principado de)	10.254	93,08
Canarias	10.247	93,02
<b>Murcia (Región de)</b>	<b>9.729</b>	<b>88,32</b>
Galicia	9.505	86,28
Castilla - La Mancha	9.473	85,99
Andalucía	8.862	80,45
Extremadura	8.278	75,15
<b>ESPAÑA</b>	<b>11.016</b>	<b>100,0</b>

## Datos macroeconómicos. PIB

• El PIB a precio de mercado de la Región de Murcia en 2002 ocupaba el puesto 12 dentro del conjunto de las Comunidades Autónomas; sin embargo, el motor de creación de riqueza de la Región en los últimos años está siendo muy importante. Entre los años 1999–2003, la

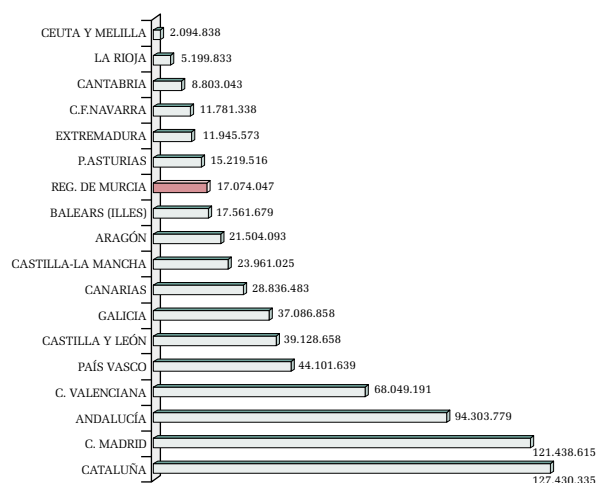
variación en el PIB de la Región de Murcia fue del 38,9%, mientras que la del Estado se situaba en el 31,4%. La tasa de crecimiento del PIB 2002/2003 de la Región de Murcia fue de 3,3%, la mayor de todas las Comunidades Autónomas, habiendo sido el crecimiento de la economía española en ese año del 2,4%.

	1999*	2000 (P)*	2001 (P)*	2002 (A)*	2003 (PE)*	Var. 1999/2003
<b>Región de Murcia</b>	13.281.568	14.626.683	15.789.975	17.074.047	18.445.403	<b>38,9%</b>
<b>España</b>	565.419.000	609.734.000	653.289.000	696.208.000	743.046.000	<b>31,4%</b>
<b>% Reg. Mur./Esp.</b>	2,3%	2,4%	2,4%	2,5%	2,5%	

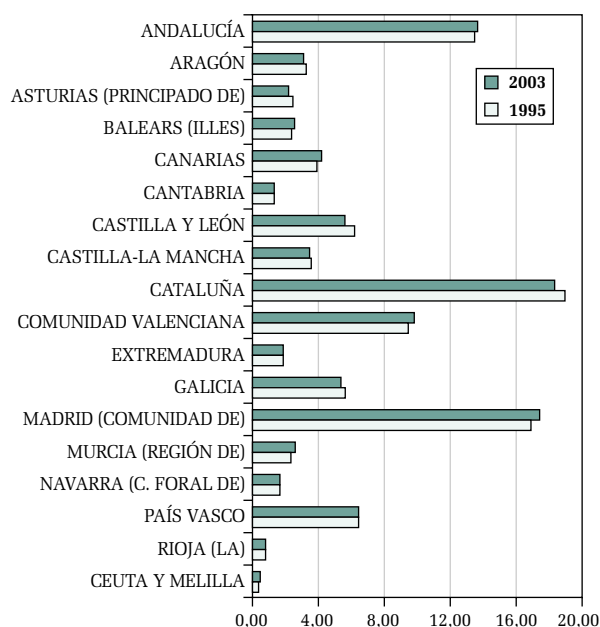
\* Miles de euros. (P) Estimación provisional. (A) Estimación avance. (PE) 1ª estimación.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística – INE. Contabilidad Regional de España.

### PIB 2002 a precios de mercado (precios corrientes) Comunidades Autónomas



### Evolución de la participación en el PIB de España entre 1995 y 2003 (España=100)





Percepción de la población del sistema sanitario

	REGIÓN DE MURCIA								MEDIA SNS								TIPO VALORACIÓN		
	2003		2004		2003		2004		2003		2004		2003		2004				
La sanidad como área de mayor interés	33,58		32,54		30,15		31,4		% respecto a otras áreas										
Opinión sobre el funcionamiento	6,34								6,05								Valoración de 1 a 10		
El servicio es mejor ahora que con el Insalud	2003								2003								Distribución en %		
	Mejor	Igual	Peor	ns/nc		Mejor	Igual	Peor	ns/nc		18,16	28,18	6,94	46,72		32,28		37,49	4,79
Valoración del servicio sanitario respecto a otras Comunidades	2003								2003								Distribución en %		
	Mejor	Igual	Peor	ns/nc		Mejor	Igual	Peor	ns/nc		2,32	16,61	22,37	58,7		14,62		32,26	10,16
Elección de servicio sanitario en AP caso de poder elegir	Público		Privado		Ambos		n.c.		Público		Privado		Ambos		n.c.		Distribución en %		
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004			
	64,07	51,57	32,44	34,08	3,10	13,18	0,38	1,16	65,1	59,6	27,78	32,9	6,43	6,7	0,68	0,8			
Elección de servicio sanitario en AE caso de poder elegir	Público		Privado		Ambos		n.c.		Público		Privado		Ambos		n.c.		Distribución en %		
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004			
	45,53	40,32	37,08	41,06	16,62	17,46	0,77	1,77	53,49	47,5	35,94	42,6	9,96	9,2	0,6	0,8			
Elección de ingreso en hospital caso de poder elegir	Público		Privado		Ambos		n.c.		Público		Privado		Ambos		n.c.		Distribución en %		
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004			
	71,41	61,64	21,25	25,17	6,96	12,42	0,38	0,78	69,1	62,4	24	30,2	6,13	6,6	0,77	0,9			
Elección de urgencias caso de poder elegir	Público		Privado		Ambos		n.c.		Público		Privado		Ambos		n.c.		Distribución en %		
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004			
	76,65	65,14	18,16	22,07	5,80	12,02	0,38	0,78	17,85	64,6	21,02	27,7	6,34	6,9	0,79	0,8			

Fuente: Barómetros Sanitarios 2003 - 2004. Elaboración propia.

Valoración de los servicios y cumplimiento de expectativas en AP

	REGIÓN DE MURCIA										MEDIA SNS													
	Muy buena		Buena		Regular		Mala		Muy mala		ns/nc		Muy buena		Buena		Regular		Mala		Muy mala		ns/nc	
En general, la atención recibida en las consultas de medicina general y/o pediatría ha sido ...	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
	13,80	29,84	69,97	55,58	15,25	12,49	0,49	0,69	0,49	0,70		0,70	14,52	21,00	68,05	63,40	14,31	13,50	2,03	1,40	0,55	0,60	0,55	0,70
Y respecto a lo que Ud. esperaba ha sido ...	Mucho mejor		Mejor		Parecida		Peor		Mucho peor		ns/nc		Mucho mejor		Mejor		Parecida		Peor		Mucho peor		ns/nc	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
		1,39	22,65	25,03	70,95	63,18	5,90	9,00	0,49	0,70		0,70	3,62	3,50	19,42	23,80	67,62	65,50	7,19	5,80	0,52	0,80	1,63	0,80

Fuente: Barómetros Sanitarios 2003 - 2004. Elaboración propia.

## Valoración de los servicios y cumplimiento de expectativas en AE

	REGIÓN DE MURCIA												MEDIA SNS												
	Muy buena		Buena		Regular		Mala		Muy mala		ns/nc		Muy buena		Buena		Regular		Mala		Muy mala		ns/nc		
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	
En general, la atención recibida en las consultas de atención especializada ha sido ...	5,02	19,74	54,96	51,34	25,05	15,80	9,95	7,87	5,02	1,31			2,61	9,67	18,50	57,93	61,50	21,57	14,40	5,68	2,90	3,06	1,40	2,09	0,30
Y respecto a lo que Ud. esperaba ha sido ...			25,05	23,69	44,92	48,73	25,01	22,31	5,02				3,94	3,15	4,70	16,20	23,20	60,02	59,90	13,31	8,60	5,01	1,50	2,31	1,00

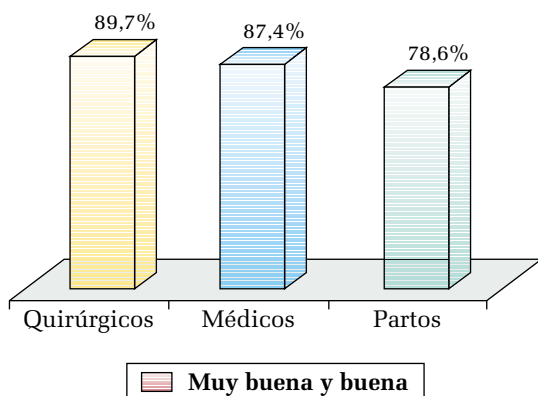
Fuente: Barómetros Sanitarios 2003 - 2004. Elaboración propia.

## Valoración de los servicios y cumplimiento de expectativas en AE - Hospitalización

	REGIÓN DE MURCIA*												MEDIA SNS*											
	Muy buena		Buena		Regular		Mala		Muy mala		ns/nc		Muy buena		Buena		Regular		Mala		Muy mala		ns/nc	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
En general, la atención recibida en procesos con ingreso hospitalario ha sido ...	26,44	33,33	50,91	57,15	18,88		1,89	4,72		4,79	1,88		24,20	29,20	57,67	58,70	12,01	7,90	1,52	1,60	0,95	0,90	3,65	1,6
Y respecto a lo que Ud. esperaba ha sido ...	9,46	4,79	20,71	33,33	54,71	52,36	13,23	4,72	1,89	4,79			9,18	9,20	29,64	35,50	52,65	46,70	5,57	6,00	1,29	0,60	1,66	2,00

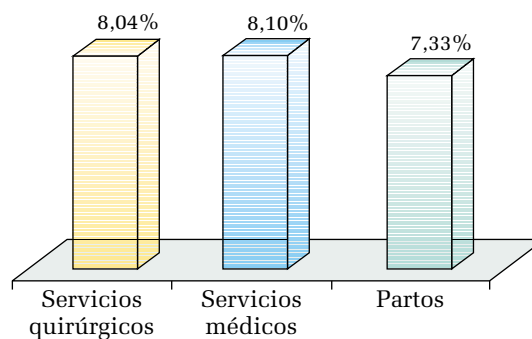
\* Distribución en %. Fuente: Barómetros Sanitarios 2003 - 2004. Elaboración propia.

¿Cómo describiría usted en general la calidad de la atención que recibió en el hospital?



Fuente: Encuesta EMCA 2004 a usuarios de hospitales.

En una puntuación de 0 a 10 ¿Cómo calificaría globalmente su satisfacción con el hospital en su último ingreso?



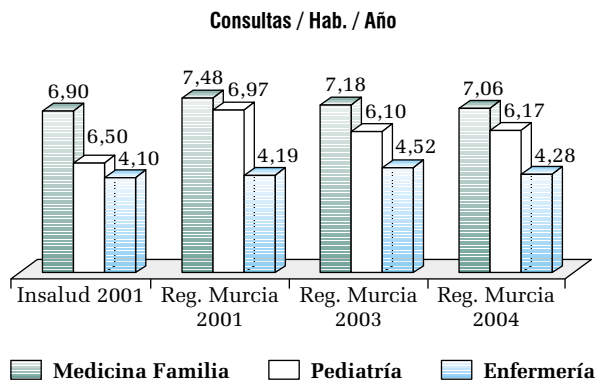
Fuente: Encuesta EMCA 2004 a usuarios de hospitales.

Las principales conclusiones de las informaciones referentes a la percepción del sistema sanitario por parte de los ciudadanos se resumen en los siguientes puntos:

- En general, los servicios sanitarios públicos son bien valorados por los ciudadanos de la Región, aunque con un menor grado de autoestima que en el conjunto de España. Igualmente, la valoración del efecto de las transferencias sanitarias en la mejora del funcionamiento de los servicios obtiene resultados más negativos.
- Los murcianos expresan claramente sus preferencias por los servicios sanitarios públicos en detrimento de los privados.
- Los ciudadanos valoran positivamente la mejora en el funcionamiento de los servicios sanitarios. Esta valoración es especialmente positiva en lo relacionado con la Atención Primaria.
- En lo referente a la valoración de los servicios prestados en general, los resultados obtenidos son muy favorables. Destacan especialmente y por este orden, las consultas de Atención Primaria y la hospitalización. En cambio, la atención en consultas de los especialistas presenta resultados no tan positivos.
- En general, los aspectos más valorados por los ciudadanos son los que hacen referencia al trato y a la información. En el caso de la Atención Primaria, la cercanía del centro ocupa el lugar más destacado, y en el caso de la Atención Especializada, el desarrollo tecnológico. Generan una menor preocupación las condiciones hoteleras y los trámites administrativos.
- Los resultados de la encuesta de satisfacción a pacientes hospitalizados, desarrollada dentro del proyecto EMCA, expresan una valoración positiva y empatada de los pacientes en las

áreas médica y quirúrgica. En cambio, y de una forma sistemática, el área obstétrica presenta peores resultados en todos los ámbitos de percepción. Los aspectos mejor valorados son la competencia profesional y la calidad de la asistencia. La información y la satisfacción global presentan unos resultados no tan favorables, aunque siguen siendo positivos.

### Atención Primaria



- Se observa una estabilidad en la actividad de Medicina de Familia a lo largo de los últimos cuatro años con un discreto crecimiento de un 1% anual. Este crecimiento es algo superior en Pediatría. Esta estabilidad en términos absolutos alcanza una diferente dimensión si consideramos el incremento de la población observado en los últimos años, lo que ha derivado en una reducción de la frecuentación en AP. Esta reducción no debe de considerarse como negativa en la medida en que no existan demoras en la asistencia.
- El comportamiento de las actividades de Enfermería presenta, en cambio, grandes oscilaciones: las asistencias en consultas y a domicilio se reducen de una forma significativa, compensándose en parte estos datos con un crecimiento de la actividad urgente.

	TOTAL REGIÓN				% Variación 01/04	
	2001	2002	2003	2004	Absoluta	Relativa
<b>MEDICINA DE FAMILIA</b>						
Consultas centro	7.250.398	7.274.330	7.063.966	6.937.459	-312.939	-4,3%
Visitas domiciliarias		65.954	57.928	55.309	-10.645	-4,5%
Urgencias en EAP			326.799	549.945	223.146	68,3%
<b>Total Medicina de Familia</b>	<b>7.250.398</b>	<b>7.340.284</b>	<b>7.448.693</b>	<b>7.542.713</b>	<b>292.315</b>	<b>4,0%</b>
<b>PEDIATRÍA</b>						
Consultas	1.142.866	1.194.734	1.225.463	1.204.645	61.779	5,4%
Urgencias en EAP			55.171	128.862	73.691	133,6%
<b>Total Pediatría</b>	<b>1.142.866</b>	<b>1.194.734</b>	<b>1.280.634</b>	<b>1.333.507</b>	<b>190.641</b>	<b>16,7%</b>
<b>ENFERMERÍA</b>						
Consultas centro	4.652.094	4.051.803	3.999.667	3.844.080	-808.014	-17,4%
Visitas domiciliarias		707.487	416.495	397.014	-310.473	-43,9%
Urgencias			214.810	335.085	120.275	56,0%
<b>Total Enfermería</b>	<b>4.652.094</b>	<b>4.759.290</b>	<b>4.630.972</b>	<b>4.576.179</b>	<b>-75.915</b>	<b>-1,6%</b>
<b>URGENCIAS</b>						
Medicina familia centro			725.005	704.805	-20.200	-2,8%
Enfermería centro			390.987	388.444	-2.543	-0,7%
<b>Urgencias atendidas en el centro</b>	<b>930.775</b>	<b>1.289.539</b>	<b>1.115.992</b>	<b>1.093.249</b>	<b>162.474</b>	<b>17,5%</b>
Medicina familia domicilio			49.350	47.212	-2.138	-4,3%
Enfermería domicilio			135.821	136.396	575	0,4%
<b>Urgencias atendidas en el domicilio</b>		<b>140.764</b>	<b>185.171</b>	<b>183.608</b>	<b>42.844</b>	<b>30,4%</b>
<b>Total de urgencias</b>	<b>930.775</b>	<b>1.430.303</b>	<b>1.301.163</b>	<b>1.276.857</b>	<b>346.082</b>	<b>37,2%</b>

En rojo = Variación otros períodos.

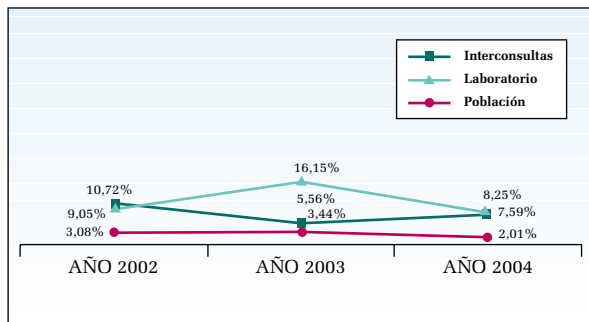
Fuente: SMS Dirección General de Aseguramiento y Prestaciones – Servicio de Evaluación. Elaboración propia.

- La actividad global se reduce discretamente y en mayor medida la tasa de frecuentación. Este comportamiento resulta paradójico si consideramos que la actividad de Enfermería debería de enfocarse cada vez más a actividades de promoción y educación para la salud.
- Las urgencias atendidas tienen una tendencia a reducirse gradualmente en los últimos tres años, en una cifra ligeramente superior al 5% anual. Este dato, asociado a un crecimiento de las urgencias hospitalarias del 3% anual, hace sospechar que la demanda está estabilizada y que se está produciendo un desplazamiento de la actividad hacia las urgencias hospitalarias.
- Como consecuencia de la estabilidad de la actividad y del crecimiento de la población, la frecuentación del primer nivel se ha reducido de una forma destacada en los últimos años, tanto en Medicina de Familia como en Pediatría y especialmente en Enfermería.
- Las informaciones sobre solicitudes de interconsultas y radiología muestran una frecuentación de uso superior a los últimos datos de INSALUD. La información que más interés despierta es la referente a la derivación a los especialistas. Los datos demuestran una tasa de derivación que se ha incrementado en los últimos años a pesar de la reducción de la actividad en

GRADO DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

	G. Murcia	G. Cartagena	G. Lorca	Total Región	Insalud 2001
<b>Interconsultas</b>	394	362	368	383	308
<b>Laboratorio</b>	515	446	688	517	380

Tasa anual por 1.000 habitantes (población INE). Año 2004.



Fuente: Servicio Murciano de Salud – Dirección General de Régimen Económico y Prestaciones. Población INE.

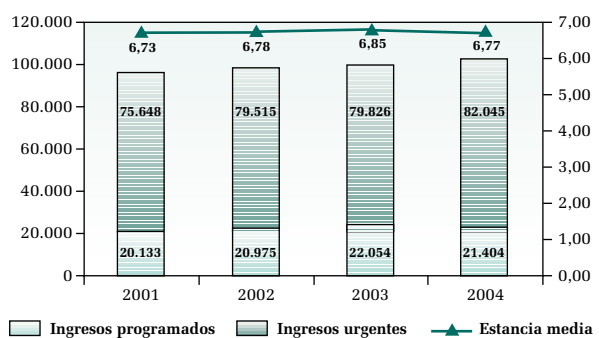
Primaria. Estos datos harían sospechar una baja resolutivez de la Atención Primaria. También en este caso se observan diferencias entre las tres gerencias, siendo la de Murcia la que más interconsultas prescribe.

Atención Especializada

• En general podemos hablar de estabilidad en los indicadores de actividad en régimen de hospitalización a lo largo de los últimos cuatro años. El número de camas y de ingresos crece a un ritmo del 1,5% anual; esta tendencia se acentúa más para la actividad urgente. La estancia media permanece excesivamente estabi-

lizada, con la misma cifra en los últimos cuatro años. Hubiera sido deseable una mayor disminución de la estancia media, aunque se ha de reconocer que las cifras observadas se encuentran entre las mejores del Sistema Nacional de Salud (SNS).

- La actividad quirúrgica también se caracteriza por la estabilidad en el crecimiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria y la estabilidad del resto de la cirugía programada.
- La actividad en urgencias muestra un crecimiento del 3%, acorde con lo observado en el SNS y afortunadamente muy alejado de los abultados y desordenados crecimientos de la década de los 90.



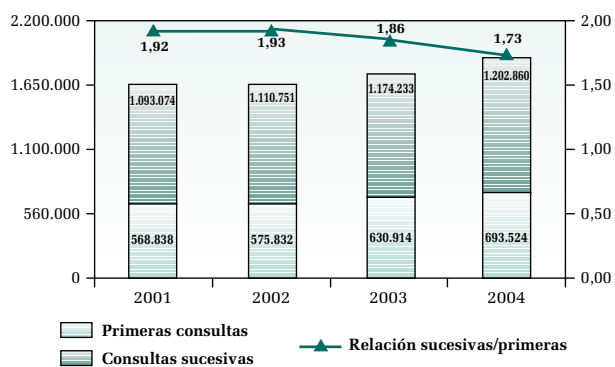
Fuente: SMS. Elaboración propia.

Región de Murcia	2001	2002	2003	2004	Variac. 04/01
<b>Ingresos programados</b>	20.133	20.975	22.054	21.404	<b>6,3%</b>
<b>Ingresos urgentes</b>	75.648	79.515	79.826	82.045	<b>8,5%</b>
<b>Ingresos totales</b>	95.781	100.490	101.880	103.449	<b>8,0%</b>
<b>Estancia media</b>	6,73	6,78	6,85	6,77	<b>0,04</b>

Urgencias	2001	2002	2003	2004	% Variac. 04/01
<b>TOTAL</b>	<b>636.969</b>	<b>669.730</b>	<b>693.894</b>	<b>702.932</b>	<b>10,4%</b>
H. V. DE LA ARRIXACA	175.271	184.495	189.665	191.928	9,5%
H. MORALES MESEGUER	91.348	96.041	99.395	101.515	11,1%
H. STA. M <sup>a</sup> DEL ROSELL	94.788	102.244	110.825	116.933	23,4%
H. DR. RAFAEL MÉNDEZ	64.843	68.605	71.320	72.414	11,7%
H. DEL NOROESTE	34.509	36.700	38.200	37.652	9,1%
H. V. DEL CASTILLO	24.874	26.162	26.904	27.273	9,6%
H. GRAL. UNIV. DE MURCIA	46.756	49.583	50.756	52.259	11,8%
HOSPITAL LOS ARCOS	68.006	68,089	67.749	65.823	-3,2%
H. CIEZA	36.574	37.811	39.080	37.135	1,5%

Fuente: SMS. Elaboración propia.

Región de Murcia	2001	2002	2003	2004	% Variac. 04/01
<b>Primeras consultas</b>	568.838	575.832	630.914	693.524	<b>21,9%</b>
<b>Consultas sucesivas</b>	1.093.074	1.110.751	1.174.233	1.202.860	<b>10,0%</b>
<b>Sesiones hospitalares de día</b>	34.653	56.896	52.240	51.605	<b>48,9%</b>
<b>Relación sucesivas/primeras</b>	1,92	1,93	1,86	1,73	<b>-9,7%</b>



Fuente: SMS. Elaboración propia.

- La actividad en consultas muestra una tendencia al crecimiento en consonancia con lo observado en el conjunto del SNS (5% anual en primeras consultas, 2,5% en sucesivas). La relación

sucesivas/primeras, también evoluciona favorablemente, en especial en el último año.

- La actividad en hospital de día presenta un importante crecimiento en la línea del impacto de los nuevos tratamientos por quimioterapia.

### Frecuentaciones

- Las frecuentaciones referentes a hospitalizaciones y quirófanos, en la actividad hospitalaria, están estabilizadas, lo que se valora satisfactoriamente, sobre todo en lo que respecta a la indicación de intervenciones quirúrgicas programadas. En cambio, la demanda de consultas ha crecido en los dos últimos años.

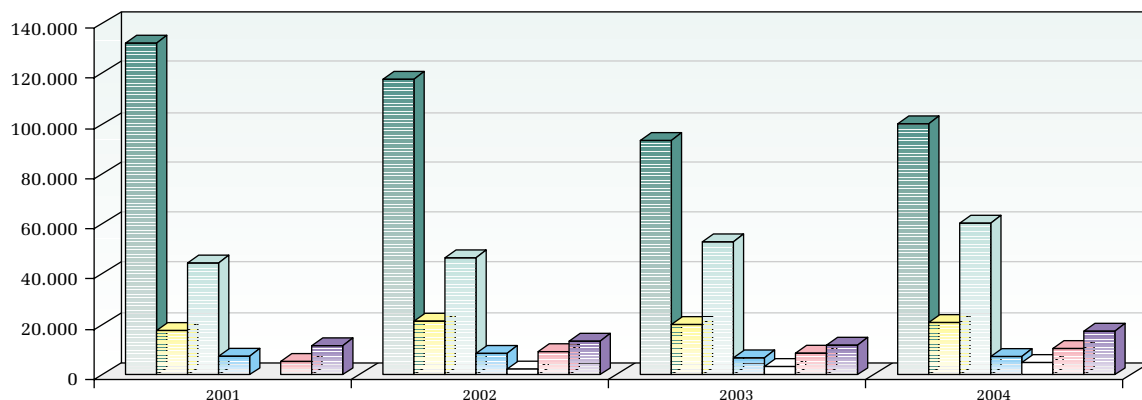
	Año 2001*		Año 2002*		Año 2003*		Año 2004*	
	Población: 1.190.378		Población: 1.226.993		Población: 1.269.230		Población: 1.294.694	
	Actividades	Frecuentación	Actividades	Frecuentación	Actividades	Frecuentación	Actividades	Frecuentación
Ingresos programados	20.133	16,9	20.975	17,1	22.054	17,4	21.404	16,5
Ingresos urgentes	75.648	63,5	79.515	64,8	79.826	62,9	82.045	63,4
<b>Total ingresos</b>	<b>95.781</b>	<b>80,5</b>	<b>100.490</b>	<b>81,9</b>	<b>101.880</b>	<b>80,3</b>	<b>103.449</b>	<b>79,9</b>
Urgencias	636.969	535,1	669.730	545,8	693.894	546,7	702.932	542,9
Intervenciones programadas	24.048	20,2	25.441	20,7	25.478	20,1	25.317	19,6
Intervenciones urgentes	11.466	9,6	11.103	9,0	11.346	8,9	11.415	8,8
Intervenciones CMA	0	0,0	12.463	10,2	13.474	10,6	13.880	10,7
<b>Total intervenciones</b>	<b>35.514</b>	<b>29,8</b>	<b>49.007</b>	<b>39,9</b>	<b>50.298</b>	<b>39,6</b>	<b>50.612</b>	<b>39,1</b>
Primeras consultas	568.838	477,9	575.832	469,3	630.914	497,1	693.524	535,7
Consultas sucesivas	1.093.074	918,3	1.110.751	905,3	1.174.233	925,2	1.202.860	929,1
<b>Total consultas</b>	<b>1.661.912</b>	<b>1.396,1</b>	<b>1.686.583</b>	<b>1.374,6</b>	<b>1.805.147</b>	<b>1.422,2</b>	<b>1.896.384</b>	<b>1.464,7</b>
Hospital de día	34.653	29,1	56.896	46,4	52.240	41,2	51.605	39,9

\* Frecuentación por 1.000 habitantes. Fuente: SMS. Elaboración propia. Datos población INE.

## Exploraciones más importantes

Región de Murcia	2001	2002	2003	2004	% Variac. 04/01
Ecografías (Hosp. + CEP)	132.418	118.446	93.786	100.592	-24,0%
Mamografías (Hosp. + CEP)	18.093	20.921	20.559	20.865	15,3%
T.A.C. (Hosp. + CEP)	45.831	46.858	53.326	60.994	33,1%
T.A.C. en C. concertados	8.328	9.199	6.978	7.675	-7,8%
T.A.C. Enviad. desde Serv. Cen.		2.551	4.113	5.343	109,4%
R.N.M. en el hospital	5.015	9.040	9.061	10.530	110,0%
R.N.M. en C. concertados	12.066	13.938	12.618	18.127	50,2%

## Exploraciones



Ecografías (Hosp. + CEP)
  Mamografías (Hosp. + CEP)
  T.A.C. (Hosp. + CEP)
  T.A.C. en C. concertados
  T.A.C. Enviad. desde Serv. Cen.
  R.N.M. en el hospital
  R.N.M. en C. concertados

Fuente: SMS. Elaboración propia.

- La actividad en exploraciones y pruebas complementarias presenta un destacado crecimiento del número de TAC y RNM, tanto en centros propios como concertados. Considerando que la lista de espera no muestra resultados excesivamente desfavorables, podemos concluir que la demanda tiene una tendencia al aumento que ha sido absorbida sin crecimiento de las demoras. Esta observación, junto con la estabilidad en la demanda de cirugía programada que se comentó anteriormente, debe interpretarse como una fortaleza, en la medida en que otros servicios regionales de salud están sufriendo incrementos de la demanda que inestabilizan los planes para la mejora de las listas de espera.

## Listas de Espera Consultas Hospitales 2004

HOSPITAL	< 30 días	31 a 90 días	> 90 días	Total	Demora media	% población en lista espera
Virgen de la Arrixaca	7.148	2.595	99	<b>9.842</b>	16,85	0,77%
Morales Meseguer	3.594	594	15	<b>4.203</b>	14,00	0,33%
Nª Sra. del Rosell	2.625	3.430	0	<b>6.055</b>	30,00	0,47%
Rafael Méndez	3.085	2.310	190	<b>5.585</b>	37,00	0,43%
Comarcal Noroeste	1.525	225	0	<b>1.750</b>	9,91	0,14%
Virgen del Castillo	1.177	856	445	<b>2.478</b>	40,00	0,19%
General Universitario	1.061	1.643	250	<b>2.954</b>	19,00	0,23%
Los Arcos	1.661	1.291	51	<b>3.003</b>	29,52	0,23%
<b>TOTALES</b>	<b>21.876</b>	<b>12.944</b>	<b>1.050</b>	<b>35.870</b>	<b>24,37</b>	<b>2,79%</b>

Fuente: SMS. Los datos están referidos a 31 de diciembre de 2004.

## Listas de Espera Quirúrgica Hospitales 2004

HOSPITAL	< 90 días	91 a 180 días	> 180 días	Total	Demora media	% población en lista espera
Virgen de la Arrixaca	3.144	255	0	<b>3.399</b>	44,50	0,26%
Morales Meseguer	1.783	253	0	<b>2.036</b>	50,44	0,16%
Nª Sra. del Rosell	1.825	312	0	<b>2.137</b>	52,00	0,17%
Rafael Méndez	967	310	0	<b>1.277</b>	64,00	0,10%
Comarcal Noroeste	517	0	0	<b>517</b>	40,58	0,04%
Virgen del Castillo	546	61	0	<b>607</b>	45,00	0,05%
General Universitario	530	106	0	<b>636</b>	53,52	0,05%
Los Arcos	495	275	21	<b>791</b>	74,13	0,06%
Fundación Cieza	560	57	0	<b>617</b>	49,70	0,05%
<b>TOTALES</b>	<b>10.367</b>	<b>1.629</b>	<b>21</b>	<b>12.017</b>	<b>51,46</b>	<b>0,94%</b>

Fuente: SMS. Los datos están referidos a 31 de diciembre de 2004.



- La lista de espera quirúrgica muestra en los años 2003 y 2005 resultados muy positivos, si son comparados con otros sistemas regionales de salud. La demora media de 52 días es una de las mejores.
- La lista de espera de consultas presenta resultados mejorables. En el año 2004, más del 35% de los pacientes tuvieron que esperar más de 30 días para ser atendidos, situándose la demora media en 24 días, con un discreto empeoramiento en relación con 2003. Un 2,79% de la población está esperando a ser atendido por primera vez en las consultas de los especialistas. Llama la atención el empeoramiento de la lista de espera en 2004 con respecto a 2003 en especialidades como Cirugía General, Oftalmología, Neurología, ORL y Reumatología.
- Sin embargo, la lista de espera para la realización de pruebas presenta mejores resultados. Las demoras se centran principalmente en ecografía general, en Ginecología y en EMG. Probablemente, gran parte de las ecografías correspondan a segundas exploraciones. Sin embargo, exploraciones que en la actualidad son objeto de enormes demoras en otros servicios regionales de salud, como TAC, RNM, ecocardiograma y exploraciones de endoscopia, presentan unos resultados razonables, aunque siempre mejorables.



**NECESIDADES Y  
EXPECTATIVAS de  
grupos de interés**

**es+salud**



## Necesidades y expectativas de los CIUDADANOS

- Recibir una **asistencia sanitaria efectiva** que permita la máxima recuperación y restauración de su salud, minimizando los riesgos y las posibles complicaciones.
- Disponer de mayor **facilidad de acceso** a los servicios y de la máxima **agilidad** en el desarrollo de los planes diagnósticos y terapéuticos.
- Obtener **información** cualificada sobre su proceso asistencial en términos sencillos y accesibles.
- Recibir un **trato** excelente y amable por parte de los profesionales.
- Percibir el **respeto a los valores** del paciente y a sus principios religiosos y éticos.
- Disponer de **cercanía** de los centros asistenciales respecto a su domicilio.
- Soportar la **mínima demora posible** en las salas de espera.
- Disponer de una **adecuación de los horarios** de funcionamiento de los centros a sus necesidades.
- Disponer de un alto grado de **confortabilidad** en las instalaciones.
- Conseguir una **simplificación de los trámites administrativos** y la reducción de la burocracia.

## Necesidades y expectativas de los PROFESIONALES

- Conseguir mejoras en las condiciones laborales, entre ellas:
  - Mejora en las retribuciones.
  - Mejora en la estabilidad y seguridad en el empleo.
  - Mejora en el clima laboral y en la coordinación entre profesionales.
- Recibir programas de formación continuada que les permita mantener y mejorar sus conocimientos.
- Conseguir una adecuación de las plantillas a las necesidades operativas del trabajo.
- Percibir que se fomenta el trabajo en equipo y la participación e implicación de las personas.
- Obtener reconocimiento por el trabajo bien hecho.
- Conseguir mejoras en las infraestructuras sanitarias y disponer de medios suficientes para realizar el trabajo.
- Acceder a toda la información clínica de sus pacientes y a un adecuado catálogo de pruebas diagnósticas, para incrementar la resolutiveidad de la asistencia.
- Desburocratizar la práctica clínica y simplificar los trámites administrativos.
- Recibir información clara y precisa acerca de los planes y objetivos corporativos y de su centro, fomentando un estilo de gestión basado en la participación.

- Crear foros de encuentro para debatir temas relacionados con la organización del trabajo y la mejora de la calidad de la atención.

### Necesidades y expectativas de la CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SMS

Las principales expectativas del Gobierno de la Región de Murcia en materia sanitaria se centran en los siguientes puntos:

- **El cumplimiento del Plan de Salud de la Región.** El vigente Plan de Salud se articula en torno a los grandes problemas de salud de la Región e identifica los objetivos y acciones más relevantes para la atención y mejora del nivel de salud de la población, constituyendo la expresión de la política de salud a desarrollar por las Administraciones Públicas. Por ello debe configurarse como la guía permanente para la elaboración de las presentes estrategias. Los problemas de salud, colectivos y áreas que recoge como prioritarios son los siguientes:
  - Estilos de vida.
  - Cáncer.
  - Enfermedades cardiovasculares.
  - Enfermedades transmisibles.
  - Salud mental.
  - Diabetes.
  - Accidentes.
  - Niño-joven.
  - Mujer.
  - Nuevas formas de exclusión social.
  - Personas mayores.
  - Fortalecimiento y modernización del sistema sanitario.
- **La cobertura universal** a través del desarrollo

de una cartera de servicios que responda a las necesidades de la población y con unos niveles de acceso razonables.

- **Continuidad asistencial** evitando fragmentaciones en la atención de un mismo proceso clínico.
- **Una asistencia sanitaria efectiva:**
  - A través del desarrollo de una medicina orientada a lograr la máxima efectividad clínica, fundamentada en una adecuada indicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y en la máxima calidad científico-técnica.
  - Mediante el uso de todas las tecnologías disponibles para la restauración y recuperación de la salud de los ciudadanos; que hayan demostrado su utilidad y sean viables desde el punto de vista clínico, social y financiero.
  - Promoviendo el uso racional de los recursos.
  - Y garantizando la calidad de todas las prestaciones y la máxima seguridad clínica, evitando en lo posible las complicaciones y los efectos adversos.
- **La orientación al paciente**, buscando satisfacer sus expectativas, debiendo incluir:
  - Un trato digno y respetuoso a las personas.
  - El respeto a la autonomía del paciente.
  - La máxima resolutiveidad y agilidad.
  - El incremento del grado de satisfacción.
  - La garantía del derecho a la asistencia sanitaria y a la protección de la salud.
- **La búsqueda del equilibrio financiero**, mediante el compromiso de adecuar los gastos a la disponibilidad presupuestaria anual, aprobada por el Parlamento Regional, y el logro de un déficit cero en el sector.

**MISIÓN, VISIÓN y  
valores**

**es+salud**





## Misión

La misión de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia es la protección de la salud de todos los ciudadanos, contribuyendo y cooperando con otros organismos para alcanzar mayores tasas de bienestar en el conjunto de la sociedad.

Su ámbito de actuación se centra en:

- La promoción de la salud a través del desarrollo de políticas colectivas e individuales de prevención de la enfermedad y del fomento de estilos de vida saludables.
- La asistencia sanitaria a los ciudadanos de la Región a través del desarrollo de un sistema sanitario accesible, resolutivo y de máxima calidad que integre las actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
- La investigación y la docencia en ciencias de la salud.

Los profesionales sanitarios, como responsables directos de hacer realidad esta misión, son, junto con los ciudadanos, los principales protagonistas del sistema sanitario. La Consejería de Sanidad promoverá su activa implicación con el sistema a través del desarrollo de políticas centradas en las personas, promoviendo el desarrollo personal y profesional.

Queremos una sanidad regional solidaria con el Sistema Nacional de Salud, para que todos

los españoles sean tratados con equidad en toda España.

La Consejería de Sanidad pretende:

- Mejorar la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios sanitarios.
- Mejorar continuamente la calidad de la asistencia y la satisfacción de todos los ciudadanos que utilizan los servicios sanitarios.
- Garantizar la continuidad asistencial entre todos los profesionales y servicios que cooperan en la asistencia a los ciudadanos.
- Implicar al paciente en su proceso asistencial, promoviendo el autocuidado como una estrategia clave para la mejora de los resultados.

La participación social y la transparencia en la gestión de la sanidad regional serán la máxima garantía de seguridad y buen funcionamiento de todos nuestros servicios a los ciudadanos.

La Consejería de Sanidad buscará un desarrollo sostenible del sistema sanitario a través de un uso responsable, eficiente y limpio de los recursos.

Finalidades de la Consejería:

- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, individual y colectiva.
- Asistencia sanitaria: prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades.
- Docencia pregrado y postgrado.
- Investigación en ciencias de la salud.

### Visión

La visión de futuro de la organización:

- Una organización accesible y resolutive al servicio de los ciudadanos.
- Que busca la máxima calidad y seguridad de sus servicios.
- Que reconoce su complejidad organizativa y busca la cooperación entre centros, servicios y profesionales para conseguir la continuidad asistencial.
- Comprometida con el desarrollo personal y profesional de sus trabajadores.
- Con el compromiso de avanzar en la capacidad de elección y decisión de sus ciudadanos.
- Que busca la implicación del ciudadano con su proceso asistencial y promueve el autocuidado.
- Que incorpora y explota las oportunidades de la tecnología para aportar precisión, seguridad y agilidad al trabajo asistencial.
- Obligada al uso eficiente de los recursos que le sean asignados.

### Valores

Los principios de actuación de la organización:

- Respeto a los valores esenciales de todas las personas (usuarios y profesionales), sin discriminación alguna.
- Universalidad.
- Equidad.
- Participación y corresponsabilidad ciudadana y transparencia en la gestión.
- Respeto con el desarrollo sostenible, cuidado y mantenimiento del medio ambiente.
- Apuesta por la innovación y el cambio para mejorar sus resultados.
- Trabajo en equipo.
- Fomento de la descentralización de la gestión como instrumento para alcanzar un mejor aprovechamiento de los recursos y una mayor implicación de los profesionales.
- Cooperación con otros organismos públicos y privados implicados con el bienestar y desarrollo de la sociedad.

The background is a solid teal color. Two white curved lines, one solid and one dashed, sweep across the page from the top right towards the bottom right.

**ORIENTACIONES**  
**estratégicas**

**es+salud**



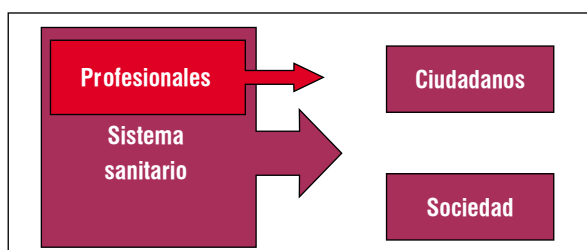
A continuación se presentan las grandes orientaciones estratégicas de la Consejería de Sanidad. Las principales fuentes de información para realizar este trabajo han sido dos:

- La misión, visión y valores de la organización.
- Las estrategias y líneas de actuación identificadas por los grupos de trabajo.

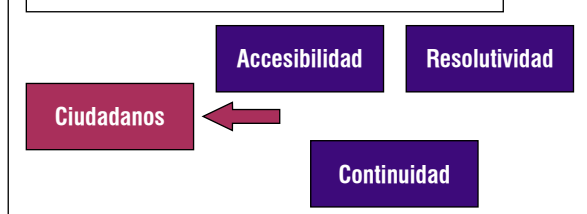
Se realizan tres dimensiones de análisis:

1. Identificación de los principales actores de la sanidad en la Región de Murcia (cuadros en tono granate).
2. Identificación de los principales valores que se pretenden obtener relacionados con los protagonistas (cuadros en tono azul).
3. Identificación de las principales herramientas de gestión relacionadas con visión y protagonistas (cuadros en tono amarillo).

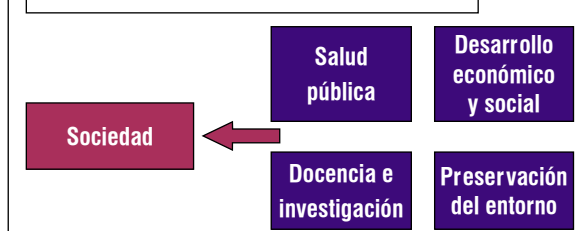
### Los protagonistas



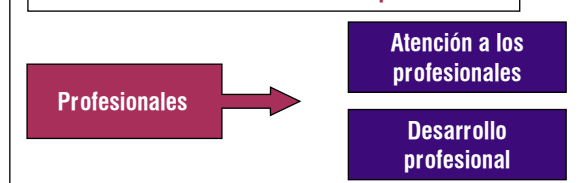
#### Orientaciones relacionadas con los ciudadanos



#### Orientaciones relacionadas con la sociedad



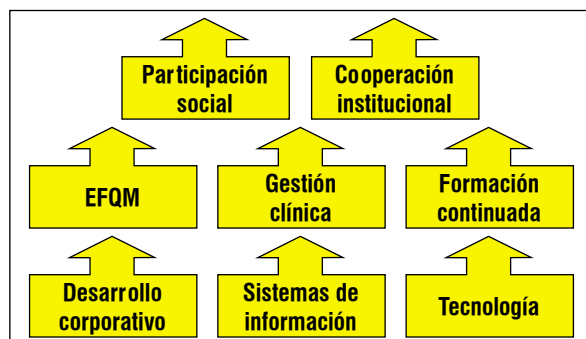
#### Orientaciones relacionadas con los profesionales



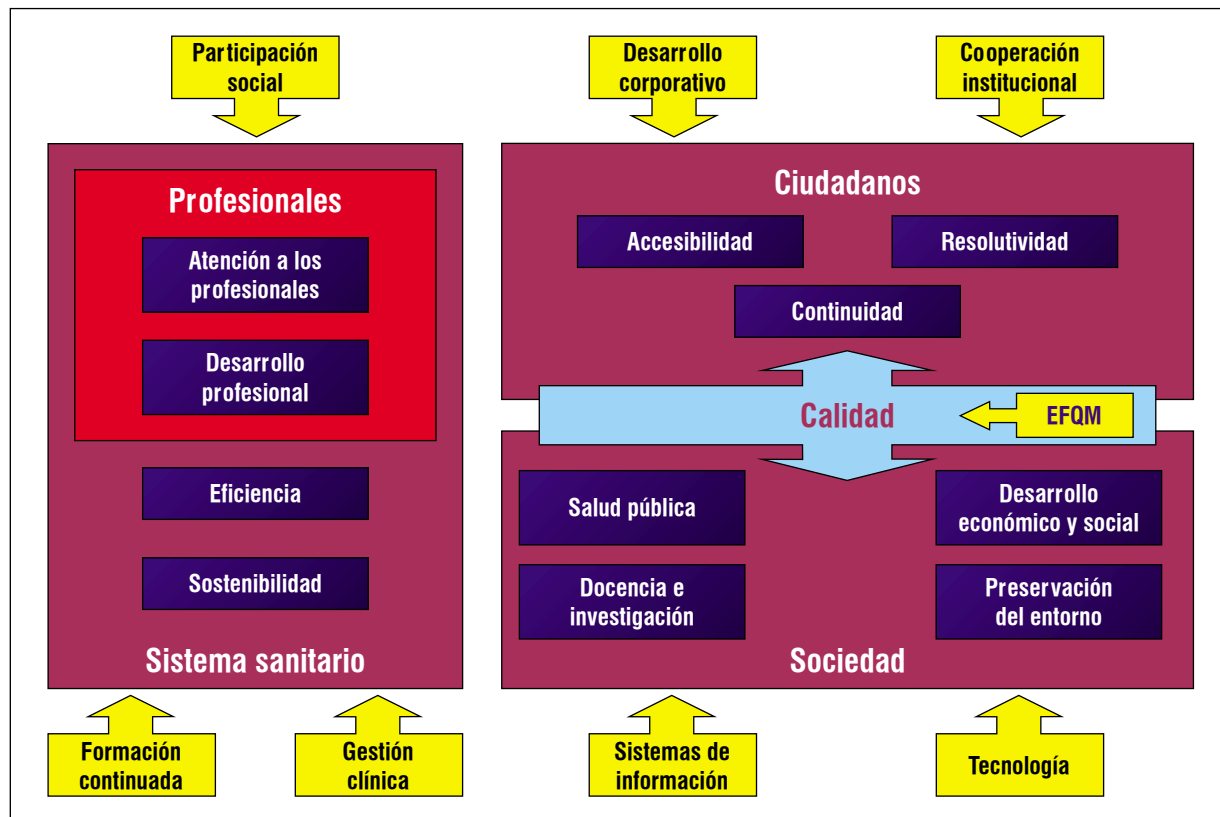
#### Orientaciones relacionadas con el sistema sanitario



### Metodologías e instrumentos de gestión



## Mapa de orientaciones estratégicas integradas



## Vinculación de visión con orientaciones estratégicas

### CIUDADANOS

Una organización accesible y resolutiva al servicio de los ciudadanos.

Que busca la implicación del ciudadano con su proceso asistencial y promueve el autocuidado.

### CALIDAD

Que busca la máxima calidad y seguridad de sus servicios.

### CONTINUIDAD

Que reconoce su complejidad organizativa y busca la cooperación entre centros, servicios y profesionales para conseguir la continuidad asistencial.

### PROFESIONALES

Trabajo en equipo.

Comprometida con el desarrollo personal y profesional de sus trabajadores.

### ATENCIÓN A LOS PROFESIONALES / CIUDADANOS

Respeto a los valores esenciales de todas las personas (usuarios y profesionales), sin discriminación alguna.

### PARTICIPACIÓN SOCIAL

Con el compromiso de avanzar en la capacidad de elección y decisión de sus ciudadanos.

Participación y corresponsabilidad ciudadana y transparencia en la gestión.

### TECNOLOGÍA

Que incorpora y explota las oportunidades de la tecnología para aportar precisión, seguridad y agilidad al trabajo asistencial.

### EFICIENCIA

Obligada al uso eficiente de los recursos que le sean asignados.

### SISTEMA SANITARIO

Universalidad.

Equidad.

### SOSTENIBILIDAD

Respeto con el desarrollo sostenible, cuidado y mantenimiento del medio ambiente.

### SISTEMA DE INFORMACIÓN

Apuesta por la innovación y el cambio para mejorar sus resultados.

### GESTIÓN CLÍNICA

Fomento de la descentralización de la gestión como instrumento para alcanzar un mejor aprovechamiento de los recursos y una mayor implicación de los profesionales.

### DESARROLLO CORPORATIVO

Cooperación con otros organismos públicos y privados implicados con el bienestar y desarrollo de la sociedad.





**DESARROLLO** de  
estrategias

es+salud



## Descripción de estrategias

### ESQUEMA DE PRESENTACIÓN:

De cada una de las cajas relacionadas en las orientaciones estratégicas se describen cuatro apartados:

1. En primer lugar, se realiza un breve comentario sobre la relevancia de su contenido, haciendo especial hincapié en la situación actual de la Región de Murcia y en las tendencias de desarrollo esperadas.
2. A continuación, se especifican las estrategias identificadas para su desarrollo.
3. Posteriormente, se relacionan los indicadores clave para su medir su alcance y los objetivos planteados para cada uno de ellos.
4. Por último, se incorporan los cuadros que desarrollan cada una de las estrategias, señalando la línea de actuación, el indicador de segui-

miento, el responsable de su consecución y los objetivos para los años 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010.

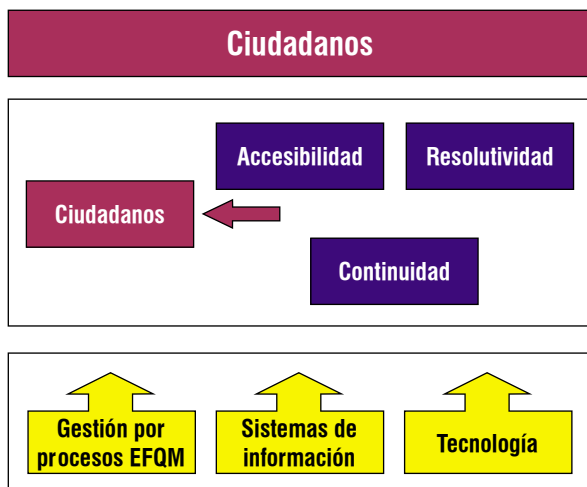
### CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN:

La priorización de cada línea de actuación se ha realizado en una escala de valores de 0 a 5 puntos para cada uno de los siguientes criterios:

- Impacto sobre los pacientes o sobre el funcionamiento de la organización.
- Viabilidad del desarrollo.
- Competencia actual de la organización.

Como consecuencia de ello, las líneas de actuación están señalizadas con tres colores que reflejan su prioridad:

- **Color rojo: prioridad muy alta.**
- **Color azul: prioridad alta.**
- **Color verde: prioridad media.**



La organización de los servicios de salud ha experimentado a lo largo de las décadas de los 80 y 90 un proceso continuado de incorporación de innovaciones. Estos fenómenos, que se están acelerando aún más en la actual década, abarcan a todos los ámbitos, pero es en este campo de innovaciones asistenciales donde las nuevas fórmulas y los nuevos arsenales terapéuticos están evidenciando un cambio más importante y plantean un escenario de futuro con **más posibilidades de innovación**.

Los expertos dicen que es en el campo de las **Ciencias Biomédicas**, sobre cualquier otro, donde mayor avance se está produciendo en el mundo. Así, la cirugía endoscópica y mínimamente invasiva, los nuevos fármacos, la robótica, los sistemas expertos informáticos, la digitalización de imágenes, la genómica, la epigenómica, la cirugía virtual, el PET, la telemedicina, Internet, los mensajes SMS... son ejemplos que están cambiando la forma de atender a los enfermos. El conjunto de estos avances está permitiendo **una verdadera revolución** en la forma de ofrecer los servicios sanitarios.

Por otra parte, la asistencia sanitaria de los servicios públicos se viene caracterizando como “lenta e ineficaz”, lo que tiende a imprimir una

imagen desfavorable del servicio ante la opinión pública e insatisfacción en los profesionales sanitarios. Las autoridades sanitarias de todo el Estado intentan en estos momentos dar respuesta a las **listas de espera**, que han sido utilizadas en los últimos tiempos como objeto de debate social y político y que han puesto en entredicho al propio sistema sanitario.

Las innovaciones asistenciales, utilizadas correctamente, permiten dar respuesta a las necesidades de los **ciudadanos**, que a su vez se vuelven más exigentes, más informados y más conocedores de sus derechos. Son cada vez más los ciudadanos que establecen una nueva relación con el sistema sanitario y con sus profesionales. Entender esto como una realidad es clave a la hora de planificar el sistema de salud que ha de tener Murcia.

Como consecuencia de estos nuevos planteamientos y apoyados por la evolución tecnológica, los estilos de práctica clínica están cambiando de una forma acelerada en los últimos tiempos. La asociación de la buena práctica clínica con el conocimiento científico hoy se ha demostrado que es imprescindible, pero no suficiente.

La práctica clínica está evolucionando y los principales retos que se plantean en la actualidad giran en torno a los siguientes valores:

- El consenso asistencial, la coordinación y la cooperación entre los niveles asistenciales, de tal forma que planifiquen las responsabilidades y compromisos de cada uno de ellos a través de la gestión por procesos y de las guías de práctica clínica.
- La integración asistencial a través de la armonización de todos los dispositivos y recursos asistenciales, sin dejar espacios intermedios de

vacío asistencial y alcanzando una plena sintonía y operatividad.

- La asistencia sanitaria en el entorno del propio paciente, evitando las hospitalizaciones prescindibles y las actuaciones innecesarias.
- La concentración de la capacidad de diagnosticar y tratar en los mínimos contactos, aportando el máximo de valor a cada visita del paciente.
- El fuerte desarrollo de los sistemas de información para aportar operatividad y seguridad a la práctica clínica.
- La orientación hacia los resultados y la gestión a través de indicadores que midan con precisión el acceso a los servicios, la operatividad de los procesos asistenciales, la efectividad clínica, la satisfacción de los pacientes y de las personas de la organización y el nivel de eficiencia.
- El respeto a la autonomía del paciente y el fomento del autocuidado en un modelo asistencial menos proteccionista y que incorpora al enfermo como una estrategia terapéutica activa.

Como consecuencia de esta evolución en la forma de entender la práctica clínica y con el objeto de orientar los servicios a las necesidades de los ciudadanos y de la sociedad en su conjunto, surgen las siguientes tendencias organizativas:

- **El abordaje integral de los problemas de salud**, mediante las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia curativa, recuperación de la salud, rehabilitación y cuidado paliativo para el individuo, familia y grupos sociales.
- **La coordinación entre los niveles de Primaria y Especializada**, compartiendo la gestión de enfermedades a través del consenso asistencial, la corresponsabilidad y la vocación de servicio al ciudadano.

- **La máxima agilidad y resolutivez** en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, alcanzando un tránsito rápido de los pacientes entre los dos niveles asistenciales y evitando tiempos muertos prolongados. Los dos aspectos que en mayor medida permitirán su logro son:

- Mínimos contactos, es decir, que el paciente acuda al centro el menor número de veces posible a través de la realización de varias o muchas actividades en el mismo día.
- Rapidez asistencial, evitando demoras y actuaciones innecesarias que provocan retrasos evitables.

La máxima expresión de esta política asistencial es lo que se ha llamado **alta resolución** y que será objeto de una especial dedicación a lo largo de este proyecto.

- **La autonomía del paciente y el autocuidado** favorecido por el avance de nuestra sociedad y de sus niveles de desarrollo educativo, económico y social. Esta realidad conlleva ciudadanos más preocupados por su salud, más exigentes en la resolutivez de los servicios y más implicados en la solución de sus problemas de salud. La acomodación a esta evolución social exigirá a los servicios sanitarios abandonar su excesivo proteccionismo en algunos casos y sustituirlo por:

- Considerar la opinión del paciente en la formulación de los planes diagnósticos y terapéuticos.
- Informar a los pacientes con amplitud y rigor.
- Facilitar y fomentar el autocuidado.

- **La orientación de los servicios para alcanzar los objetivos** recogidos en el Plan de Salud en lo relacionado con la promoción y protección de la salud de la población.

En el ámbito de la **Atención Primaria**, los principales retos están relacionados con el fomento de las actividades correspondientes a la promoción de la salud, el alcance de un equilibrio entre accesibilidad y continuidad y el incremento de la capacidad resolutive.

Las actividades de promoción de la salud tienen un comportamiento muy variable dentro del SMS. Mientras que algunos centros han encauzado de una forma estable esta actividad, otros ven limitado su desarrollo, tanto por la sobrecarga asistencial como por las deficiencias en la organización del trabajo y en la continuidad asistencial. Por otra parte, la accesibilidad y la continuidad, dos valores clave del modelo de Atención Primaria, hoy en día están enfrentadas. Los ciudadanos están primando la accesibilidad sobre la continuidad, de tal forma que si no son atendidos en un plazo razonable por su médico de familia optan por acudir a dispositivos que oferta el sistema para la asistencia no prevista. De esta forma, las consultas programadas concentran su actividad en pacientes crónicos estables, mientras que la atención continuada se dedica preferentemente a las enfermedades agudas y a la fase aguda de las enfermedades crónicas. Urge romper este enfrentamiento entre accesibilidad-continuidad, que pone en riesgo los valores en los que se sustenta la Atención Primaria, y ello sólo puede ser realizado desde una clara mejora de la accesibilidad.

En la **Atención Especializada**, el hospital de agudos está cambiando su concepción más profunda. Así, su razón de ser tradicional (la clínica, procede de la palabra griega *clinós*, que significa cama) está en entredicho. Tanto es así que se vislumbra un horizonte en el que el hospital va a dejar de girar sobre este elemento tradicional,

la cama, y los paradigmas de la asistencia sanitaria van a cambiar:

- Los procedimientos se están ambulatorizando.
- Las estancias medias se reducen progresivamente.
- Las alternativas al hospital convencional (hospital de día, cirugía mayor ambulatoria, hospital a domicilio...) se extienden de forma imparable.

El nuevo paradigma en la asistencia sanitaria es la **alta resolución**. El ciudadano quiere una atención rápida, bien hecha y sin demoras, y eso implica una reorganización profunda de los centros sanitarios que pasa por:

- Orientar el centro y sus servicios en torno al paciente.
- Disponer de consultas externas en las que el objetivo sea diagnosticar y tratar a los enfermos, evitándoles desplazamientos innecesarios, eliminando la burocracia de la propia organización y dando a los profesionales la sensación de que realmente resuelven los casos y actúan como profesionales y no como “rellenadores de volantes”.
- Dotar a los servicios centrales de apoyo al diagnóstico de mayor presencia y fortaleza para responder de forma rápida a las demandas de los médicos asistenciales.
- Potenciar todos los elementos alternativos al hospital convencional anteriormente expuestos.

La orientación de los servicios a los objetivos expuestos en el Plan de Salud y a las necesidades y expectativas de los ciudadanos se han resumido en el alcance de tres palabras:

- **Accesibilidad.**
- **Resolutividad.**
- **Continuidad.**

Unas palabras que intentan dar respuesta a las necesidades y expectativas de los ciudadanos y

que en gran parte convergen con las preocupaciones de los profesionales. Sin embargo, es necesario hacer una breve reflexión sobre el equilibrio de estas tres palabras y las preferencias de pacientes y profesionales que ocasionalmente son fuente de potenciales conflictos. A pesar de que tanto pacientes como profesionales expresan la relevancia de la accesibilidad, resolutiveidad y continuidad, la priorización de las mismas es diferente.

La ordenación de la relevancia de estas estrategias desde la perspectiva del paciente es:



La ordenación de la relevancia de estas estrategias desde la perspectiva de los profesionales es:



Desde la óptica del paciente y considerando la relevancia de su papel, determinante en la elección de la vía de acceso al sistema, se puede afirmar que para alcanzar la continuidad asistencial será necesario ser accesibles y resolutivos.

### Estrategias relacionadas con los ciudadanos:

#### Accesibilidad

- A1. Definir la cartera de servicios del sistema sanitario público y de cada uno de sus prestadores de servicio.
- A2. Mejorar la accesibilidad de los usuarios al sistema sanitario reduciendo los tiempos de espera.

#### Continuidad

- C1. Fomentar y potenciar la comunicación entre la Atención Primaria y la Atención Especializada como un instrumento para la mejora

de la satisfacción de los usuarios y profesionales y de la efectividad clínica.

- C2. Potenciar la implicación del paciente con su enfermedad y la asistencia en el entorno del propio paciente, promoviendo el autocuidado y reforzando la atención domiciliaria.
- C3. Promover la simplificación de los procedimientos y la desburocratización del sistema sanitario.

#### Resolutiveidad

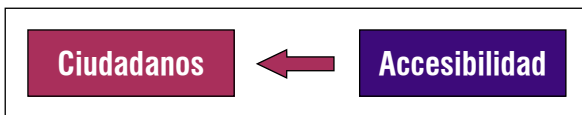
- R1. Incrementar la capacidad resolutive en Atención Primaria.
- R2. Desarrollar innovaciones, en los modelos asistenciales como alternativa al hospital convencional, que permitan la asistencia al paciente en su entorno con los mismos o mayores niveles de seguridad.
- R3. Desarrollar e implantar modelos de alta resolución en asistencia especializada.
- R4. Mejorar la atención urgente del conjunto del sistema sanitario implantando innovaciones en el modelo asistencial y promoviendo la coordinación de todos los recursos disponibles.
- R5. Definir y agilizar el apoyo social a los usuarios en todos los niveles del sistema, facilitando la coordinación y cooperando con otras instituciones.
- R6. Potenciar la asistencia materno-infantil en la Región promoviendo el acercamiento de la asistencia al entorno del usuario, mejorando la resolutiveidad y coordinando los recursos disponibles.
- R7. Definir y desarrollar una política de atención a pacientes terminales (cuidados paliativos) que mejore la asistencia y fomente un uso adecuado de los recursos.

## Indicadores clave

Ciudadano	Objetivos 2010
% de consultas de AP con cita en el día	100%
Tasa de derivación de A. Primaria a A. Especializada (por 1.000 habitantes y año)	330
Demora media de acceso a primera consulta	15
Demora media de acceso a pruebas complementarias	20
Demora media en LE quirúrgica (*)	40
Estancia media	6,0
Tasa de ambulatorización de procesos	80%
% de consultas de alta resolución en AE	50%
Relación de sucesivas/primeras	1,5
Nº de Áreas de Salud con Comité de Coordinación entre niveles	100%

(\*) Demoras calculadas de acuerdo al Real Decreto 605 del Ministerio de Sanidad, que regula el registro de lista de espera quirúrgica. Estos objetivos hacen referencia a los resultados esperados para el conjunto de los centros asistenciales de la Región de Murcia. Los mismos serán adaptados a las peculiaridades de cada centro y a su situación de partida en acuerdos anuales incorporados en los contratos de gestión.





La accesibilidad constituye, junto con el de la continuidad de cuidados, el problema más relevante de los sistemas nacionales de salud en los países desarrollados. Es una demanda de los ciudadanos de un alto impacto social y, como consecuencia del mismo, objeto de un debate en la esfera política. Un debate que no ha ayudado a realizar un enfoque objetivo y racional al problema para realmente mejorar el nivel de salud de la población.

Tal y como refleja el informe de situación, en la actualidad, la Región de Murcia destaca por tener unas listas de espera relativamente controladas, lo que no significa que no sea un tema de profunda preocupación social y objeto de márgenes de mejora. Es por ello que en el arranque de la descripción de este desarrollo sostenible para la sanidad de la Región se plantee como un objetivo prioritario.

Las estrategias se centran en la combinación de dos directrices:

- **La definición de la cartera de servicios** del conjunto del SMS y de cada uno de sus centros, que sería sometido a una sistemá-

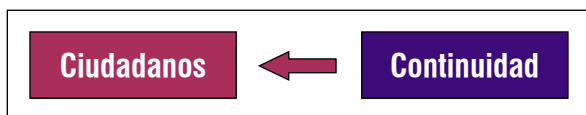
tica de revisión anual para establecer una oferta asistencial que permita alcanzar un equilibrio entre el acercamiento de las prestaciones a los ciudadanos, la efectividad clínica que exige una adecuada curva de aprendizaje y la eficiente utilización de los recursos.

- Desarrollar planes específicos que permitan **adecuar la oferta a la demanda** para ir mejorando la accesibilidad y reduciendo las demoras en cuatro ámbitos de actuación: consultas de Atención Primaria, consultas de Atención Especializada, intervenciones quirúrgicas y pruebas complementarias. Estos planes deben de plantear respuestas estables y consolidadas para alcanzar una pendiente de progreso, quizás no muy inclinada, pero sí continua en el tiempo, de tal forma que en la finalización de este desarrollo sostenible se pueda evidenciar una clara mejora de las demoras.

Por último, comentar la necesidad de mejorar los sistemas de registro e información del estado de las listas de espera para conseguir una información que se adecue con rigor a la realidad y que sea homogénea para el conjunto de la red asistencial del SMS.

A1. Definir la cartera de servicios del sistema sanitario público y de cada uno de sus prestadores de servicio.				OBJETIVOS
				2010
A1 - 1	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Definir la cartera de servicios del Servicio Murciano de Salud.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	Definición y actualización de la cartera de servicios del SMS	<b>RESPS.</b>	D.G. de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica D.G. de Asistencia Sanitaria
A1 - 2	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Definir la cartera de servicios de las Gerencias de Atención Primaria y Hospitales.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	% de Gerencias de AP y Hospitales con cartera de servicios definida	<b>RESPS.</b>	D.G. de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica D.G. de Asistencia Sanitaria del SMS
A1 - 3	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Actualizar anualmente la cartera de servicios de los centros para adecuarla a las necesidades de la población a través de su negociación e incorporación en el contrato de gestión de los centros.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	% de contratos de gestión con actualización de cartera de servicios	<b>RESPS.</b>	D.G. de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica D.G. de Asistencia Sanitaria
A1 - 4	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Promover la capacidad de elección del paciente dentro del sistema sanitario, especialmente en la elección del médico de Atención Primaria y médico especialista en las derivaciones de primera consulta.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	% de solicitudes de elección de médico de familia cursadas	<b>RESPS.</b>	D.G. Régimen Económico y Prestaciones
<b>INDICAD.</b>	% de solicitudes de segundas opiniones cursadas	100%		

A2. Mejorar la accesibilidad de los usuarios al sistema sanitario reduciendo los tiempos de espera.				OBJETIVOS
				2010
A2 - 1	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	Diseñar e implantar una sistemática para la gestión y registro integrado de la lista de espera en el conjunto de la Región que incorpore los criterios de entrada, registro y actualización, las prioridades y la planificación de actividades. Este registro afectará a las demoras para la asistencia en las consultas de Atención Primaria y Atención Especializada, intervenciones quirúrgicas y pruebas complementarias.			
	INDICAD.	% de centros con sistemática implantada	RESPS.	D.G. de Asistencia Sanitaria 100%
A2 - 2	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	Desarrollar un plan para alcanzar la “demora cero” en Atención Primaria.			
	INDICAD.	% de facultativos con cita disponible en el mismo día en que se solicita	RESPS.	Gerencias de AP 100%
A2 - 3	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	Desarrollar un plan anual para la reducción de las demoras de consultas, intervenciones quirúrgicas y pruebas complementarias en la Atención Especializada que combine actuaciones sobre la demanda (protocolización de indicadores) y sobre la oferta (incremento del rendimiento en la jornada habitual, ampliación de horarios de funcionamiento y concertación con proveedores externos).			
	INDICAD.	Demora media en consulta de especialista	RESPS.	15
	INDICAD.	Demora media en lista de espera quirúrgica	RESPS.	D.G. de Asistencia Sanitaria 40
INDICAD.	Demora media en pruebas diagnósticas relevantes	RESPS.	20	



La continuidad asistencial ha sido un tema pendiente desde que la reforma del sistema sanitario español estableciera la artificial separación entre Atención Primaria y Atención Especializada. Esta separación, que “*a priori*” pudiera parecer simplemente administrativa, se ha convertido con el transcurrir del tiempo en un escalón asistencial relevante y especialmente in-comunicado. Se plantea en las siguientes consideraciones qué actividades se pueden y deben realizar y cuáles son las formas más adecuadas de hacerlo para lograr que la atención prestada no encuentre “saltos” o “vacíos” entre diferentes niveles asistenciales.

Existen numerosos trabajos que avalan los beneficios de promover políticas para mejorar la cooperación entre los dos niveles asistenciales; unos beneficios que pueden ser sintetizados en tres puntos:

- Continuidad de cuidados a lo largo del proceso asistencial.
- Mejora de la accesibilidad y resolutivez del sistema, al asumir una organización basada en los procesos en los que se acuerdan los criterios de derivación de pacientes con un planteamiento diagnóstico más estructurado.
- Reducción de demanda de servicios, al establecer acuerdos asistenciales que conducen a una mejora de la resolutivez de la Atención Primaria y un mejor acceso al asesoramiento por el especialista.

Como consecuencia de estos beneficios existen publicaciones que evidencian una mejora de la satisfacción de los pacientes, de la satisfacción de los profesionales y de la eficiencia del sistema. Algunos estudios demuestran además una mejoría parcial de los resultados clínicos, especialmente en las enfermedades crónicas.

Garantizar la continuidad de la asistencia y racionalizar el proceso asistencial son ante todo un problema clínico, ya que implican establecer consensos técnicos, impulsar planes de mejora conjuntos y, en última instancia, fomentar la intercomunicación personal para la gestión más adecuada de cada caso. La elaboración consensuada entre niveles de guías de práctica clínica, que recojan elementos fundamentales para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades, el consenso de criterios de derivación y contraderivación y la documentación mínima que ha de acompañarse en ambas direcciones, son buen ejemplo de ello.

Para impulsar el desarrollo del consenso clínico que precisa la continuidad asistencial y para asesorar a la Consejería en el desarrollo de políticas y prioridades emanadas del **Plan de Salud** y de las Estrategias Sostenibles planteadas en este documento, se recomienda constituir comisiones técnicas multidisciplinares vinculadas a problemas de salud o a determinadas enfermedades. Estas comisiones tendrían la función de definir políticas, priorizar acciones, diseñar procesos y guías clínicas y, en general, asesorar a la Consejería.

La responsabilidad de la alta dirección en el ámbito de la coordinación asistencial se centra en establecer objetivos comunes, en promover el clima de cooperación y en facilitar los canales para la intercomunicación y el consenso profesional.

Relacionado con la continuidad se incorpora el concepto del autocuidado. Se está demostrando en diversos trabajos científicos que la implicación del paciente con su enfermedad mejora los resultados clínicos. Esta debe de ser la perspectiva de enfoque de esta iniciativa en una sociedad con un progresivo nivel de desarrollo en la que los ciudadanos se preocupan más activamente por su salud y son más conscientes de sus derechos y de sus obligaciones. La incorporación

del autocuidado con una activa estrategia terapéutica es acorde con las sociedades más avanzadas y ayudará a incrementar la efectividad y la seguridad clínica.

Por último, comentar el necesario e imprescindible avance en la coordinación socio-sanitaria. Ésta afecta a un pequeño porcentaje de pacientes del sistema sanitario, pero en problemas de gran relevancia e intensidad. Estos problemas tienen graves consecuencias en la vida cotidiana de los ciudadanos y son generadores de una gran insatisfacción para los profesionales sanitarios y de un uso inadecuado de los recursos del sistema. Son necesarias políticas en el ámbito corporativo e institucional para conseguir un desarrollo más armónico del denominado espacio socio-sanitario. Pero a la vez hay que actuar

sobre el nivel operativo, consiguiendo que los profesionales sociales y sanitarios mejoren su comunicación y coordinen sus recursos.

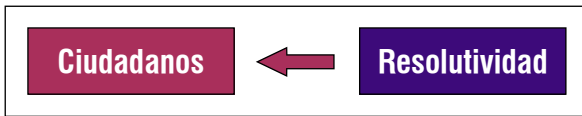
Las principales estrategias para avanzar en la continuidad asistencial hacen referencia a:

- Mejorar la coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada con base en la creación de foros estables de colaboración y el desarrollo de guías clínicas.
- Promover el autocuidado fomentando la implicación del paciente con su enfermedad y acercando los cuidados al entorno del propio paciente.
- Facilitar la comunicación entre niveles asistenciales y profesionales y desburocratizar el sistema utilizando las oportunidades que ofrecen las nuevas tecnologías.

C1. Fomentar y potenciar la comunicación entre la Atención Primaria y la Atención Especializada como un instrumento para la mejora de la satisfacción de los usuarios y profesionales y de la efectividad clínica.			OBJETIVOS	
			2010	
C1 - 1	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Crear espacios estables de comunicación entre niveles que faciliten y aseguren la continuidad y la coordinación asistencial.</b>			
	INDICAD.	% de Áreas de Salud con un Comité de Coordinación entre niveles constituido	RESPS.	Gerentes de Atención Primaria y Hospitales
				100%
C1 - 2	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Inclusión en los contratos de gestión de metas y objetivos relacionados con la coordinación entre niveles.</b>			
	INDICAD.	% de contratos de gestión con compromisos de coordinación AP/AE	RESPS.	Gerencias del SMS
				100%
C1 - 3	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Diseño de los procesos operativos de coordinación entre niveles asistenciales vinculados a la asistencia a una determinada enfermedad y especialmente a las prioridades del Plan de Salud.</b>			
	INDICAD.	Nº de protocolos anuales editados en cada Área de Salud	RESPS.	Gerentes de Atención Primaria y Hospitales
				20
C1 - 4	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Creación de comisiones técnicas para diferentes especialidades y programas que asesoren a la Consejería de Sanidad en el diseño e implantación de las políticas sanitarias.</b>			
	INDICAD.	Nº de comisiones constituidas	RESPS.	Secretaría General de Sanidad
				8

C2. Potenciar la implicación del paciente con su enfermedad y la asistencia desde el entorno del propio paciente, promoviendo el autocuidado y reforzando la atención domiciliaria.			OBJETIVOS	
			2010	
C2 - 1	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Desarrollo de líneas de actuación encaminadas al autocuidado y promoción de la salud en enfermedades y problemas de salud prevalentes.</b>			
INDICAD.	% de procesos operativos que incorporan la promoción del autocuidado	RESPS.	Gerentes de Atención Primaria y Hospitales	60%
C2 - 2	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Refuerzo de la asistencia domiciliaria desde la Atención Primaria y Atención Especializada.</b>			
	INDICAD.	% de la actividad de Atención Primaria (Medicina de Familia) realizada en el domicilio del paciente	RESPS.	>0,90%
	INDICAD.	% de la actividad de Atención Primaria (Enfermería) realizada en el domicilio del paciente	RESPS.	Gerentes de Atención Primaria y Hospitales > 10%
INDICAD.	% de población con cobertura de hospitalización domiciliaria	RESPS.	80%	
C2 - 3	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Reforzar la atención domiciliaria al paciente dependiente y/o geriátrico.</b>			
INDICAD.	% de Áreas de Salud con un plan para la atención del paciente dependiente	RESPS.	Gerentes de Atención Primaria y Hospitales	100%

C3. Promover la simplificación de los procedimientos y la desburocratización del sistema sanitario.			OBJETIVOS	
			2010	
C3 - 1	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Diseño de un sistema de comunicación y de derivación de pacientes entre los profesionales utilizando las facilidades de las nuevas tecnologías.</b>			
INDICAD.	Normalización de los requisitos mínimos de información para la derivación	RESPS.	D.G. de Asistencia Sanitaria	X
C3 - 2	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Simplificar los procedimientos de derivación en los diferentes niveles de asistencia.</b>			
INDICAD.	% de derivaciones gestionadas por vía electrónica	RESPS.	D.G. de Asistencia Sanitaria	70%



La agilidad en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades es una de las principales deficiencias de nuestro sistema sanitario. El objetivo de esta línea de orientación estratégica sería desarrollar un modelo asistencial más ágil y rápido en donde las facilidades para diagnosticar y tratar las enfermedades sean mayores; en resumen, lograr un tránsito rápido de los pacientes por el sistema, evitando actuaciones innecesarias y tiempos muertos prolongados entre unas actuaciones y otras.

Como se ha comentado previamente, estas nuevas tendencias han dado paso al concepto de alta resolución. Representa la concatenación de una serie de actuaciones clínicas en un mismo día, utilizando habitualmente la metodología de gestión de procesos. Su aplicación más emblemática son las consultas de alta resolución en la Atención Especializada, que se traduce en la asociación de la primera consulta con la realización de las pruebas más relevantes para el diagnóstico. Esto permite conseguir que la primera consulta sea una consulta única y plenamente resolutive hasta en un 70% de los pacientes. Este concepto de alta resolución también se está aplicando en la cirugía ambulatoria, para reducir los tiempos de internamiento en los hospitales y para el área de observación de los Servicios de Urgencias.

En el ámbito de la Atención Primaria, el incremento de su resolutive se ha aplicado a través del incremento en el acceso a pruebas diagnósticas, así como en el desarrollo de la cirugía menor en los Centros de Salud.

La mejora de la resolutive también se está aplicando a la derivación y contraderivación de

pacientes entre los dos niveles asistenciales. Existen experiencias que están sustituyendo la solicitud de consultas desde la Atención Primaria a la Especializada por la incorporación de la figura del “especialista consultor”, un especialista que se desplaza al Centro de Salud y atiende con el médico de familia al paciente. Esta innovación asistencial representa un modelo más operativo y que propicia la comunicación entre niveles, la continuidad asistencial y la formación continuada.

Por último, comentar otra iniciativa relacionada con la mejora de la resolutive como es el desarrollo de vías rápidas, especialmente utilizadas para pacientes oncológicos en el ámbito hospitalario. De nuevo se aplican metodologías de priorización y de gestión de procesos para conseguir un acceso muy rápido a las pruebas diagnósticas y al inicio del tratamiento en pacientes con problemas relevantes y para los que un retraso en el comienzo del tratamiento puede reducir o limitar sus posibilidades de recuperación. La necesidad de dar un tratamiento preferencial a este tipo de enfermedades es una prioridad asistencial y una exigencia social inaplazable.

Las estrategias seleccionadas pretenden:

- Promover la autosuficiencia de la Atención Primaria mejorando su resolutive a través de un incremento de su capacidad de solicitar pruebas diagnósticas y de un mejor acceso al dictamen de los especialistas.
- Reforzar el desarrollo de las alternativas a la hospitalización convencional como hospitales de día, Cirugía Mayor Ambulatoria u hospitalización a domicilio.
- Fomentar la alta resolución en Atención Especializada, especialmente en la asistencia en consultas.

- Mejorar la asistencia urgente coordinando los recursos existentes y promoviendo un uso responsable de los mismos por parte de los ciudadanos.
- Mejorar la coordinación socio-sanitaria propiciando los acuerdos con la Consejería de Trabajo y Política Social y coordinando los recursos operativos de los profesionales.
- Reforzar los cuidados paliativos coordinando los recursos asistenciales y mejorando la asistencia domiciliaria a estos pacientes.
- Reforzar la asistencia materno infantil como área de dedicación preferencial del sistema sanitario y en la que se ha detectado la necesidad de mejorar los servicios y acercarlos a los usuarios para obtener una mejora de los resultados de percepción social.
- De la misma forma potenciar la salud mental, que en la actualidad precisa de un apoyo institucional para alcanzar las metas establecidas en el Plan de Salud Mental.

R1. Incrementar la capacidad resolutive en Atención Primaria.				OBJETIVOS
				2010
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>Diseñar e implantar un programa de acceso a pruebas diagnósticas en Atención Primaria sustentado en un protocolo de utilización.</b>				
<b>R1 - 1</b>	<b>INDICAD.</b>	Definición del programa de acceso	<b>RESPS.</b>	D.G. de Asistencia Sanitaria X
	<b>INDICAD.</b>	% de hospitales con todas las pruebas del programa implantadas	<b>RESPS.</b>	Gerencias de Atención Primaria y Hospitales 100%
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>Desarrollar un Programa de Cirugía Menor Ambulatoria (cma) en Atención Primaria.</b>				
<b>R1 - 2</b>	<b>INDICAD.</b>	% de EAP con cma	<b>RESPS.</b>	Gerencias de Atención Primaria 100%
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>Definir y desarrollar el papel del profesional de Enfermería como enlace entre Atención Primaria y Atención Especializada.</b>				
<b>R1 - 3</b>	<b>INDICAD.</b>	% de EAP con Enfermería de enlace AE/AP	<b>RESPS.</b>	D.G. de Asistencia Sanitaria Gerencias de AP 100%
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>Ampliación de las bandas horarias de atención al usuario.</b>				
<b>R1 - 4</b>	<b>INDICAD.</b>	% de actividades en horario de tarde	<b>RESPS.</b>	Gerencias de AP 30%
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>Incorporar la figura del consultor de especialidades como apoyo a la Atención Primaria.</b>				
<b>R1 - 5</b>	<b>INDICAD.</b>	% de Centros de Salud con especialista consultor en al menos tres especialidades	<b>RESPS.</b>	Gerencias AP y Gerencia Hospitales 80%



R2. Desarrollar innovaciones en los modelos asistenciales como alternativa al hospital convencional que permitan la asistencia al paciente en su entorno con los mismos o mayores niveles de seguridad.				OBJETIVOS
				2010
R2 - 1	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Potenciar el desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA).</b>			
	INDICAD.	Tasa de ambulatorización de procesos ambulatorizables	RESPS.	Gerencia de Hospital
R2 - 2	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Potenciar el desarrollo del hospital de día.</b>			
	INDICAD.	% de asistencias en hospital de día sobre n° total de ingresos	RESPS.	Gerencia de Hospital
R2 - 3	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Potenciación de las Unidades Hospitalarias de Corta Estancia (hospital de semana).</b>			
	INDICAD.	% de hospitales con Unidad de Corta Distancia	RESPS.	Gerencia de Hospital
R2 - 4	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Diseño e implantación de vías rápidas para el inicio del tratamiento del cáncer, con especial dedicación a las prioridades establecidas en el Plan Integral del Cáncer.</b>			
	INDICAD.	Tiempo transcurrido desde la confirmación morfológica hasta la intervención quirúrgica (días)	RESPS.	D.G. de Asistencia Sanitaria
R2 - 5	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Potenciar el desarrollo del Plan de Salud Mental.</b>			
	INDICAD.	% de alcance de objetivos del Plan de Salud Mental	RESPS.	D.G. de Asistencia Sanitaria
R2 - 6	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Creación de Unidades Asistenciales Interhospitalarias para especialidades o prestaciones centralizadas en un único hospital.</b>			
	INDICAD.	Nº de unidades existentes	RESPS.	D.G. de Asistencia Sanitaria Gerencias de Hospital

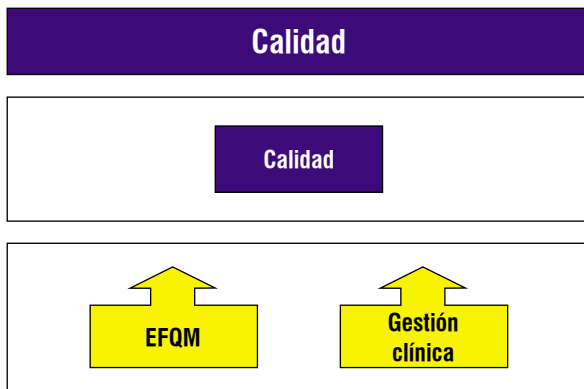
R3. Desarrollo e implantación modelos de alta resolución.				OBJETIVOS
				2010
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>Potenciación de consultas de alta resolución a todos los niveles aportando la tecnología suficiente cuando sea necesaria.</b>				
<b>R3 - 1</b>	<b>INDICAD.</b>	% de consultas en alta resolución	<b>RESPS.</b>	50%
			Gerencias Hospitalarias Gerencias de AP	
	<b>INDICAD.</b>	Plan de necesidades tecnológicas enfocado a alta resolución	<b>RESPS.</b>	X
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>Diseño de nuevas estructuras hospitalarias y reestructuración de las existentes con base en el concepto de hospitales de alta resolución.</b>				
<b>R3 - 2</b>	<b>INDICAD.</b>	% de nuevos hospitales o reestructuración de los actuales basados en la alta resolución	<b>RESPS.</b>	100%
			D.G. de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica SMS	

R4. Mejorar la atención urgente del conjunto del sistema sanitario implantando innovaciones en el modelo asistencial y promoviendo la coordinación de todos los recursos disponibles.				OBJETIVOS
				2010
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>Potenciar el desarrollo de Unidades de Observación de Alta Resolución (estancia inferior a 24 h) en el Área de Urgencias Hospitalaria.</b>				
<b>R4 - 1</b>	<b>INDICAD.</b>	Existencia de protocolo de funcionamiento y puesta en marcha	<b>RESPS.</b>	X
			D.G. Asistencia Sanitaria Gerencias Hospitalares	
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>Coordinación de dispositivos de atención urgencias y emergencias bajo el 061.</b>				
<b>R4 - 2</b>	<b>INDICAD.</b>	Existencia de sistema de coordinación funcionando	<b>RESPS.</b>	X
			D.G. de Asistencia Sanitaria	
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>Promover el uso de la atención urgente por los ciudadanos en el nivel de la Atención Primaria. Promover la adecuación tecnológica de los Servicios de Urgencias extrahospitalarias para dar respuestas a las expectativas de los ciudadanos.</b>				
<b>R4 - 3</b>	<b>INDICAD.</b>	Aplicación del Plan de Urgencias y Emergencias	<b>RESPS.</b>	X
			Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano D.G. de Asistencia Sanitaria	
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>Impulsar el despliegue del Plan de Urgencias y Emergencias.</b>				
<b>R4 - 4</b>	<b>INDICAD.</b>	Aplicación del Plan de Urgencias y Emergencias	<b>RESPS.</b>	X
			Gerencia 061 D.G. de Asistencia Sanitaria	

R5. Definir y agilizar el apoyo social a los usuarios a todos los niveles del sistema, facilitando la coordinación y cooperando con otras instituciones.				OBJETIVOS
				2010
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
R5 - 1	<b>Desarrollar recursos de cuidados paliativos en todas las Áreas de Salud, potenciando la atención domiciliaria.</b>			
	INDICAD.	% de Áreas de Salud con Unidades de Cuidados Paliativos	RESPS.	Gerencia de AP y Hospitales
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
R5 - 2	<b>Definir las relaciones y las responsabilidades y funciones de los profesionales de los Centros de Atención Primaria en relación con las residencias de la Zona de Salud.</b>			
	INDICAD.	Normalizar la definición de funciones EAP y residencias	RESPS.	Gerencia del SMS
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
R5 - 3	<b>Desarrollo de programas específicos vinculados a problemas sociales y entre ellos el desarrollo específico de planes para la asistencia a la demencia integrados con el dispositivo socio-sanitario del Área de Salud.</b>			
	INDICAD.	% de Áreas de Salud con Unidades de Demencia	RESPS.	Gerencia del SMS
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
R5 - 4	<b>Desarrollar un programa específico de apoyo y formación al cuidador informal.</b>			
	INDICAD.	Diseño del plan de ayuda y colaboración con los cuidadores	RESPS.	Gerencia del SMS

R6. Potenciar la asistencia materno-infantil en la Región promoviendo el acercamiento de la asistencia al entorno del usuario, mejorando la resolutivez y coordinando los recursos disponibles.				OBJETIVOS
				2010
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
R6 - 1	<b>Potenciar el nivel de resolución de hospitales comarcales en asistencia materno-infantil.</b>			
	INDICAD.	Definición y ampliación de la cartera de servicios de los hospitales	RESPS.	D.G. de Asistencia Sanitaria
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
R6 - 2	<b>Potenciar la resolución ambulatoria en el área materno-infantil.</b>			
	INDICAD.	% de consultas en alta resolución	RESPS.	Gerencias Hospitalares
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
R6 - 3	<b>Desarrollo e implantación del seguimiento del embarazo normal en Atención Primaria dentro del Programa de Atención a la Mujer.</b>			
	INDICAD.	% de embarazos seguidos en AP sobre el total de recién nacidos	RESPS.	D.G. de Asistencia Sanitaria

<b>R7. Definir y desarrollar una política de atención a pacientes terminales (cuidados paliativos) que mejore la asistencia y fomente un uso adecuado de los recursos.</b>			<b>OBJETIVOS</b>	
			<b>2010</b>	
<b>R7 - 1</b>	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Definir e implantar un Programa de Cuidados Paliativos.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	Programa en marcha	<b>RESPS.</b>	D.G. de Asistencia Sanitaria
<b>R7 - 2</b>	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Implantar Unidades de Cuidados Paliativos en las Áreas de Salud.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	% de Áreas de Salud con Programa de Cuidados Paliativos	<b>RESPS.</b>	Gerencias de AP y Hospitales



La calidad se vislumbra como una estrategia clave en el desarrollo de las organizaciones sanitarias. Se ha demostrado que estas políticas ayudan a mejorar el acceso, la resolutivez y efectividad de las prestaciones sanitarias y que consiguen una mayor motivación e implicación de los profesionales. Por otra parte, existe una relación directa entre calidad y eficiencia. La aplicación de las técnicas de gestión por procesos en las que se sustentan las políticas de calidad, han conseguido, a través de la revisión de los circuitos asistenciales, centrar las actuaciones en lo que realmente aporta valor al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, hacerlo con agilidad y mínimos contactos y evitando, en lo posible, las complicaciones y efectos adversos. Todo ello permite reducir los costes e incrementar la eficiencia.

En la actualidad, las políticas de calidad están influidas de un modo determinante por el concepto de **calidad total** definido como un modelo de gestión integral de las organizaciones que busca lograr la satisfacción de usuarios, profesionales, financiadores y sociedad en general, considerados como los cuatro grupos de interés más importantes en las organizaciones. En síntesis, una organización se incorpora a la órbita de la calidad total cuando documenta y demuestra que los usuarios y profesionales están satisfechos, cuando genera valor a la salud de los ciu-

dadanos y cuando contribuye al bienestar, progreso y desarrollo de la sociedad. Es una estrategia o modelo de gestión de toda la organización, superando los modelos previos enfocados a asegurar la calidad de un producto o servicio.

En nuestro medio, el referente fundamental de este concepto de calidad total es el Modelo Europeo de Excelencia en la Gestión, denominado modelo EFQM (European Foundation for Quality Management). Este modelo descansa en ocho principios de actuación:

- 1. Orientación hacia los resultados.** La excelencia se define como la capacidad de las organizaciones en alcanzar unos resultados que satisfagan a todos los grupos de interés y fundamentalmente a usuarios, profesionales, financiadores y sociedad en general.
- 2. Orientación al cliente.** Las organizaciones excelentes son capaces de crear valor sostenido para el cliente, anticipándose en la identificación de sus necesidades y expectativas y desarrollando bienes y servicios con base en ellas.
- 3. Liderazgo.** Las organizaciones excelentes disponen de líderes con capacidad de visión, comprometidos con la organización, que definen una estrategia, que ayudan y motivan a sus colaboradores; en definitiva, que traccionan del conjunto de las personas.
- 4. Gestión por procesos.** Las empresas excelentes gestionan la organización mediante un conjunto de sistemas, procesos y datos interdependientes e interrelacionados que permiten alcanzar un modelo organizativo integrado, armónico y con flexibilidad para adaptarse a las innovaciones que se puedan producir.
- 5. Desarrollo e implicación de las personas.** El modelo EFQM pretende maximizar la contribución de los empleados al progreso de la em-

presa a través de su desarrollo e implicación. En esta línea promueve el desarrollo de estrategias para conseguir y mantener la capacitación de las personas, facilitar su desarrollo personal y profesional y alcanzar su implicación en la mejora continua.

**6. Proceso continuo de aprendizaje, innovación y mejora.**

Las organizaciones excelentes aprenden y se aprovechan de su experiencia y de la de los demás, recogen y comparten conocimiento, animan la creatividad de las personas y, en definitiva, tienen una mentalidad abierta a la mejora y a la innovación.

**7. Desarrollo de alianzas.**

Las empresas vanguardistas desarrollan y mantienen alianzas con clientes y proveedores para añadir valor a sus bienes y servicios y asegurar su futuro.

**8. Responsabilidad social de la organización.**

Las empresas excelentes fomentan el compromiso de la organización y se preocupan por el medio ambiente, contribuyendo al desarrollo y progreso de la sociedad. Además despliegan, divulgan y aplican los principios y valores de la ética empresarial, son transparentes y demuestran un gran interés en compartir las mejores prácticas con otras empresas.

Este modelo debe de acomodarse a los conceptos de calidad en la asistencia sanitaria en la que podemos identificar tres pilares conceptuales que constituyen las directrices fundamentales de las políticas de calidad asistencial:

1. Una correcta indicación de los procedimientos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades en lo que se ha venido a denominar **medicina basada en la evidencia** (hacer lo que hay que hacer).
2. Una correcta realización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos en lo que se ha

venido a denominar **calidad científico-técnica** (hacer bien lo que hay que hacer).

3. El respeto a la dignidad humana y a la autonomía del paciente en lo que ha venido a denominarse **calidad percibida** (hacer bien lo que hay que hacer con respeto a la dignidad humana).

A estos tres pilares que enfocan la calidad desde la perspectiva individual sería necesario añadir, desde la visión colectiva y social de un sistema sanitario público, el reto del logro de los valores de la equidad y de la eficiencia.

La Consejería de Sanidad de la Región de Murcia está activamente implicada en el Programa EMCA “Evaluación y Mejora de la Calidad Asistencial”, una iniciativa para promover la calidad en la asistencia sanitaria. El Programa EMCA surge a raíz de la elaboración y aprobación del Plan de Salud de la Región de Murcia 1993-1996 y se ha formalizado a través de un convenio de colaboración suscrito entre la Consejería de Sanidad y la Universidad de Murcia. Sus principales ámbitos de actuación son la formación en calidad, el asesoramiento a organizaciones sanitarias en el enfoque y despliegue de sus políticas de calidad y la investigación en calidad y salud.

Complementariamente, los centros asistenciales han desarrollado sus programas o proyectos de calidad, con diversos niveles de extensión y especialmente enfocados a la satisfacción del usuario, la gestión por procesos y el desarrollo de guías clínicas.

Una de las metodologías de mayor desarrollo en las organizaciones que están apostando más decididamente por la calidad es la gestión por procesos. Además de ocupar una posición nuclear en el modelo EFQM, en la actualidad constituye el reto más relevante en la organización operativa de las empresas y una estrategia para

conseguir implantar la mejora continua. Las razones que justifican la gestión por procesos las podemos sintetizar en los siguientes puntos:

- La gestión por procesos ayuda a comprender mejor a la organización, dada la necesidad de diseñar un mapa de procesos que integra y coordina todas las actividades de la empresa, aportando coherencia y armonía.
  - Define la organización de los flujos de trabajo para producir un servicio en el que participan personas de distintas disciplinas y de diversos departamentos, aportando coordinación e integración.
  - Regula las relaciones entre los diferentes procesos y subprocesos sin dejar espacios intermedios no sujetos a diseño, revisión y mejora. De esta forma se evitan los “vacíos” asistenciales, tan frecuentes en el sector sanitario.
  - Evita la variabilidad en procesos repetitivos alcanzando la máxima eficacia.
  - Evita las ineficiencias en los procesos a través de un diseño estructurado y de una continua revisión del mismo para alcanzar la máxima agilidad y resolutivez.
  - Adapta los servicios a las necesidades y expectativas de los clientes.
  - Obliga a identificar y definir indicadores para medir la eficacia, eficiencia y progreso de los procesos.
- Incorpora la implicación de las personas y la mejora continua en la gestión de los procesos.
  - Establece las figuras de “responsable de proceso” y “equipo de proceso”, lo que permite incorporar una estructura operativa más flexible y horizontal en las organizaciones.

Por último, comentar la apuesta definitiva que ha realizado la Consejería de Sanidad por la incorporación del Modelo Europeo de Calidad (EFQM) en sus organizaciones, una iniciativa reconocida y reforzada en el planteamiento de las estrategias y acciones que a continuación se relatan.

### Estrategias relacionadas con la calidad:

#### Calidad

- Q1. Orientar la organización hacia el paciente como eje fundamental del sistema y desarrollar los derechos y deberes de los ciudadanos.
- Q2. Desarrollar los sistemas de gestión de la organización en línea con la **calidad total** e implantar el Modelo Europeo de Excelencia como apoyo para la mejora.
- Q3. Impulsar en la organización la cultura de evaluación de resultados con especial enfoque a la medida de la efectividad del sistema sanitario.
- Q4. Impulsar en los centros la utilización de las metodologías de gestión por procesos y el desarrollo de guías clínicas.

**Indicadores clave**

Tecnologías	Objetivos 2010
% organizaciones con evaluación EFQM bienal	100%
% organizaciones con certificación ISO (en algún proceso)	100%
% organizaciones que miden la percepción del paciente	100%
% organizaciones que miden la percepción de los profesionales	90%
% organizaciones con definición de mapa de procesos y gestión por procesos sistematizada	80%
% del presupuesto de formación continuada dedicado a capacitación de calidad	20%
% profesionales formados en herramientas de calidad	10%

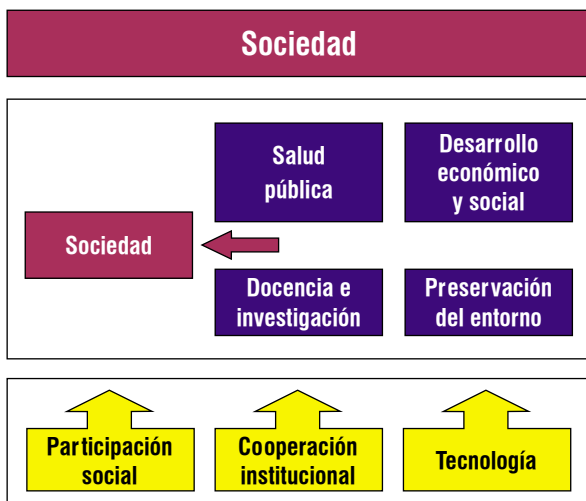
Q1. Orientar la organización hacia el paciente como eje fundamental del sistema y desarrollar los derechos y deberes de los ciudadanos.				OBJETIVOS
				2010
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>Desarrollar e impulsar la aplicación de la Ley de Autonomía del Paciente.</b>				
<b>Q1 - 1</b>	<b>INDICAD.</b>	Elaboración de la normativa referente a la Ley de Autonomía del Paciente	<b>RESPS.</b>	Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano
	<b>INDICAD.</b>	Elaboración de un sistema de estandarización y evaluación del desarrollo normativo de la Ley	<b>RESPS.</b>	
				X
				X
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>Captar y gestionar las expectativas y la opinión del paciente en todas las organizaciones y ámbitos de actuación.</b>				
<b>Q1 - 2</b>	<b>INDICAD.</b>	Implantación de un sistema centralizado de captación y actualización de expectativas del paciente	<b>RESPS.</b>	Gerencia del SMS
	<b>INDICAD.</b>	% de organizaciones y líneas de servicio que captan la percepción del paciente	<b>RESPS.</b>	
				X
				100%
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>Mejorar la satisfacción del paciente en diferentes ámbitos de actuación.</b>				
<b>Q1 - 3</b>	<b>INDICAD.</b>	% de pacientes satisfechos con la información	<b>RESPS.</b>	Gerencias de Centros
	<b>INDICAD.</b>	% de pacientes satisfechos con el trato	<b>RESPS.</b>	
	<b>INDICAD.</b>	% de pacientes satisfechos con la accesibilidad	<b>RESPS.</b>	
	<b>INDICAD.</b>	% de pacientes satisfechos con la confortabilidad	<b>RESPS.</b>	
	<b>INDICAD.</b>	% de pacientes satisfechos con la participación y autonomía	<b>RESPS.</b>	
				↑25%
				↑25%
				↑25%
				↑25%
				↑25%



Q2. Desarrollar los sistemas de gestión de la organización en línea con la calidad total e implantar el Modelo Europeo de Excelencia como apoyo para la mejora.				OBJETIVOS	
				2010	
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>					
<b>Implantar y desarrollar el Modelo EFQM en toda la organización (Consejería, Servicio Murciano de Salud y organizaciones de servicio).</b>					
<b>Q2 - 1</b>	<b>INDICAD.</b>	% de organizaciones con evaluación EFQM bienal	<b>RESPS.</b>	Gerencias de Centros	100%
	<b>INDICAD.</b>	% de organizaciones que mejoran la puntuación	<b>RESPS.</b>		90%
	<b>INDICAD.</b>	% de acciones de mejora implantadas	<b>RESPS.</b>		90%
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>					
<b>Potenciar la certificación ISO (9001:2000) en las organizaciones sanitarias.</b>					
<b>Q2 - 2</b>	<b>INDICAD.</b>	% de organizaciones con certificación ISO (en algún proceso)	<b>RESPS.</b>	Gerencias de Centros	100%
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>					
<b>Incorporar las dimensiones de gestión y satisfacción de profesionales como apoyo a la mejora continua de las organizaciones.</b>					
<b>Q2 - 3</b>	<b>INDICAD.</b>	Encuesta de profesionales corporativa elaborada	<b>RESPS.</b>	Gerencias de Centros	X
	<b>INDICAD.</b>	% de organizaciones con encuesta bienal	<b>RESPS.</b>		100%
	<b>INDICAD.</b>	% de organizaciones que mejoran la puntuación	<b>RESPS.</b>		> 70%
	<b>INDICAD.</b>	% de organizaciones con plan de comunicación	<b>RESPS.</b>		> 70%

Q3. Impulsar en la organización la cultura de evaluación de resultados con especial enfoque a la medida de la efectividad del sistema sanitario.				OBJETIVOS	
				2010	
Q3 - 1	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Incorporar la evaluación de resultados en los contratos de gestión.</b>				
	INDICAD.	% de contratos de gestión con evaluación de resultados	RESPS.	Gerencia del SMS	100%
Q3 - 2	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Implantar los sistemas de contabilidad analítica en los centros.</b>				
	INDICAD.	% de centros con contabilidad analítica	RESPS.	Gerencia del SMS	100%
Q3 - 3	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Establecer una cultura y sistemas de gestión que potencien la seguridad clínica para los pacientes.</b>				
	INDICAD.	% de centros con Plan de Sistema de Seguridad Clínica implantado (objetivos, medición y mejora)	RESPS.	Gerencias de Centros	100%
Q3 - 4	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Asegurar la adecuada implantación y empleo de la tecnología sanitaria.</b>				
	INDICAD.	% de tecnologías incorporadas con estudio de evaluación previo	RESPS.	Gerencias de Centros	100%
	INDICAD.	% de organizaciones con gestión de cartera tecnológica (identificación, priorización, evaluación y mejora)	RESPS.		50%

Q4. Impulsar en los centros la utilización de las metodologías de gestión por procesos y el desarrollo de guías clínicas.				OBJETIVOS	
				2010	
Q4 - 1	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Implantación progresiva de la gestión por procesos en los centros del SMS.</b>				
	INDICAD.	% de organizaciones con sistema de procesos descrito	RESPS.	Gerencias de Centros	100%
	INDICAD.	% de procesos con sistema de mejora en cada organización	RESPS.		80%
Q4 - 2	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Favorecer la práctica clínica sustentada en la medicina basada en la evidencia y en las mejores prácticas.</b>				
	INDICAD.	Nº de guías clínicas de área implantadas en contrato de gestión	RESPS.	Gerencias de Centros	15
INDICAD.	% de pacientes afectados por guías clínicas	RESPS.	50%		



La sociedad en su conjunto es considerada como entidad propia definida a la hora de planear las Estrategias Sostenibles en la Consejería de Sanidad, encuadrándose en su dimensión de actor algunos aspectos que tienen connotaciones diferentes a las valoradas en el ciudadano de forma individual.

Las expectativas y necesidades de la sociedad, con una visión amplia, van a complementar en ocasiones las definidas por los propios ciudadanos individualmente. La sociedad como tal participa de un modo activo y desde un enfoque claramente sistémico en lo que entendemos como “sistema sanitario”.

Las características de la sociedad actual, y de forma concreta también las propias de la Región de Murcia, van a influir en su papel de actor en el sistema sanitario:

- Está mejor informada, teniendo mayores expectativas y necesidades en materia de servicios en general, y entre ellos, de los asistenciales.
- Tiene cambios demográficos muy importantes, habiéndose producido, por un lado, un

envejecimiento notable de las personas en su conjunto y, por otro, un aumento absoluto de sus componentes potenciado por el fenómeno de la inmigración.

- Existen una serie de valores colectivos relacionados fundamentalmente con el respeto a las personas y a sus valores y con la preservación del medio ambiente.

Son muchas las acciones que deben ser emprendidas con este planteamiento poblacional, tanto en el ámbito de los Servicios de Salud Pública como en los relacionados con la sostenibilidad, bien con el enfoque de su relación con el medio ambiente bien con los aspectos de la economía.

Se han planteado **cuatro agrupaciones de valores** a tener en cuenta en este actor “sociedad”:

- **Salud pública** en su más amplio sentido y con la visión poblacional del proceso salud-enfermedad.
- **Docencia e investigación**, en lo que significa gestión del conocimiento y valor de la propia sociedad a la que pertenece.
- **Desarrollo económico y social** en su dimensión de situación global para la organización y su entorno social.
- **Preservación del medio ambiente** basada en el respeto y equilibrio de cada sociedad con el medio en el que habita.

De forma transversal a estos valores dependientes del actor sociedad habrá una serie de herramientas y metodologías que actuarán para llevar a cabo las acciones y estrategias pertinentes.

## Estrategias relacionadas con la sociedad:

### Salud pública

- SP1. Estrategias relacionadas con la mejora y modernización de la estructura de los Servicios de Salud Pública.
- SP2. Estrategias relacionadas con los sistemas de información y vigilancia de la salud.
- SP3. Estrategias de salud pública relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

### Docencia e investigación

- DI1. Liderar un proceso de cooperación y de integración entre las instituciones que promueven el desarrollo científico y docente en las ciencias de la salud en la Región de Murcia.
- DI2. Desarrollar un plan integrado en la Consejería de Sanidad para la mejora de la calidad de la formación postgrado.

- DI3. Fomentar la investigación en ciencias de la salud en la Región de Murcia, tanto en cantidad como en calidad.

### Desarrollo económico y social

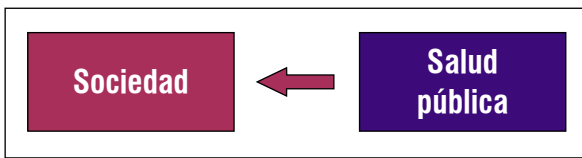
- DS1. Fomento de la sanidad como generadora de riqueza en la sociedad.
- DS2. Potenciar la implicación de la sanidad con la sociedad cooperando con otros organismos públicos, asociaciones de enfermos y organizaciones no gubernamentales.

### Preservación del entorno

- PE1. Reforzar las políticas de gestión de los residuos sanitarios para incrementar la seguridad y minimizar su impacto en el medio ambiente.
- PE2. Desarrollar políticas para reducir el impacto de la sanidad en el medio ambiente con especial orientación a la reducción del consumo energético.

## Indicadores clave

Sociedad	Objetivos 2010
% de contratos de gestión con objetivos de promoción de la salud y salud pública	100%
Incremento del presupuesto destinado a investigación y docencia	25%
% de proyectos de investigación con financiación externa	>60%
Satisfacción de los profesionales con la formación postgrado (valoración de 0 a 10)	>7,8
% de empleo estable de la Región creado desde el sector salud	3,0%
% de centros con programas de minimización de residuos	100%
Nº de centros con certificado ISO 14000-EMAS	6
% de energía procedente de fuentes renovables sobre el total de energía consumida en los centros	>3%
% de reducción del consumo energético por centro sanitario	10%



La **salud pública** podría ser el escenario de más fácil encuadramiento en un enfoque de estrategias a la sociedad en su conjunto, pues tiene que ver con los determinantes de la salud y las circunstancias relacionadas con la enfermedad a nivel de la población, con una dimensión global más allá de la persona.

En 2003 se presentó el Plan de Salud de la Región de Murcia y en el mismo se definieron, después de un amplio trabajo desarrollado con un extenso equipo de profesionales, una serie de áreas partiendo de la estructura del Sistema de Salud, con unos objetivos específicos y líneas de actuación.

El Plan de Salud surgió como respuesta a las necesidades de salud de la Región y con el fin de adquirir una serie de compromisos en el ámbito de salud. Estos compromisos se concretaron en acciones a desarrollar y para las que se preveía una serie de indicadores de seguimiento, con objeto de monitorizar la puesta en funcionamiento de dichas acciones y la capacidad de dar respuesta a las necesidades evidenciadas en las distintas áreas.

Las acciones que se describen en el Plan de Salud siguen siendo válidas y de hecho son coincidentes y se superponen con las planteadas en este desarrollo sostenible. Las estrategias que se proponen tienen un carácter general y se apoyan en la base del esquema de desarrollo del Plan de Salud en lo que en él se define como “Fortalecimiento y modernización del sistema sanitario”.

El primer bloque de estrategias se refiere a las posibles actuaciones con la estructura de los

Servicios de Salud Pública, buscando una modernización que la capacite para hacer frente a las necesidades actuales y de futuro, creando las instituciones que consiguen una mayor agilidad en la gestión de los servicios a diferentes niveles, tanto a nivel de la estructura central de la Consejería como a nivel de cada uno de los hospitales, y desarrollando plenamente la cartera de servicios específica.

Un segundo grupo de estrategias son las relacionadas con los sistemas de información y con la vigilancia de la salud, con la trascendencia que tienen a nivel de la población y la importancia que ésta les confiere. Estas líneas estratégicas están incluidas parcialmente en el Plan Director de Sistemas de Información que está pendiente de desarrollo y en el que hay acciones muy cercanas al ámbito de la salud pública, como es el caso de las alertas, la identificación con un código único y la propia integración de los sistemas existentes en el terreno de la salud pública con el resto de sistemas de información. En cierta relación con las anteriores, pero en un contexto diferente, están las estrategias que se dirigen al tratamiento de la información orientada al ciudadano, potenciando la existencia de profesionales preparados que realicen una comunicación efectiva sobre todo en el área de las situaciones críticas y las emergencias.

En último lugar, se mencionan todas las estrategias que tratan de las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, que darán lugar a un gran paquete de líneas de actuación que harán confluír los Servicios de Salud Pública propiamente dichos con el papel de los servicios asistenciales. Desde la inclusión de estas áreas de actuación en los contratos de gestión hasta la puesta en marcha de programas

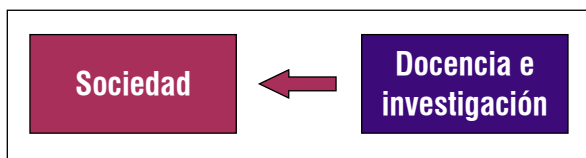
y actividades específicas en Atención Primaria o en las Unidades de Gestión Clínica, o la atención a las patologías crónicas y la difusión entre

la población del papel de los medicamentos y su utilización racional, serán temas que tendrán una gran significación en este apartado.

SP1. Estrategias relacionadas con la mejora y modernización de la estructura de los Servicios de Salud Pública.			OBJETIVOS
			2010
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
SP1 - 1	<b>Diseñar y desarrollar la cartera de servicios de salud pública en el ámbito del Área de Salud.</b>		
	INDICAD.	Nº de actividades de salud pública incorporadas en la cartera de servicios y en los contratos de gestión del Área de Salud	RESPS. D.G. de Salud Pública
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
SP1 - 2	<b>Potenciar las estructuras de los Servicios de Salud Pública a nivel del Área de Salud.</b>		
	INDICAD.	% de Áreas de Salud con estructura de salud pública	RESPS. D.G. de Salud Pública D.G. de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
SP1 - 3	<b>Dotar de Servicios de Medicina Preventiva a todos los hospitales públicos.</b>		
	INDICAD.	% de hospitales con Servicio de Salud Pública	RESPS. Gerencia del SMS

SP2. Estrategias relacionadas con los sistemas de información y vigilancia de la salud.			OBJETIVOS
			2010
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
SP2 - 1	<b>Mejorar y desarrollar los sistemas de información en el ámbito de la salud pública e integrarlos con las aplicaciones de los servicios asistenciales.</b>		
	INDICAD.	Aplicación informática para la gestión de la salud pública e integrada con aplicaciones asistenciales	RESPS. D.G. de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica D.G. de Salud Pública
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
SP2 - 2	<b>Desarrollar e implantar las acciones del Plan Director de Sistemas de Información en Salud Pública.</b>		
	INDICAD.	Grado de cumplimiento de los acuerdos del Plan Director de Sistemas de Información en Salud Pública	RESPS. D.G. de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica D.G. de Salud Pública
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
SP2 - 3	<b>Desarrollar un sistema de alertas en salud pública.</b>		
	INDICAD.	Existencia de un sistema de alertas en salud pública	RESPS. D.G. de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica D.G. de Salud Pública

SP3. Estrategias de salud pública relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.			OBJETIVOS	
			2010	
SP3 - 1	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Incorporar objetivos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los contratos de gestión.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	% de contratos de gestión con objetivos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	<b>RESPS.</b>	D.G. de Salud Pública Gerentes de Área de Salud 100%
SP3 - 2	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Actuar en centros escolares y población general en los temas de salud referidos como prioritarios en el Plan de Salud.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	% de equipos de Atención Primaria con programas específicos de salud pública	<b>RESPS.</b>	D.G. de Salud Pública Gerentes de Área de Salud 100%
SP3 - 3	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Desarrollar objetivos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las Unidades de Gestión Clínica.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	% de Unidades de Gestión Clínica con objetivos en prevención y promoción	<b>RESPS.</b>	D.G. de Salud Pública Gerentes de Área de Salud 100%
SP3 - 4	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Desarrollar programas específicos sobre patologías crónicas a grupos de pacientes en el ámbito del Área de Salud.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	Número de actividades específicas por Área de Salud y tiempo	<b>RESPS.</b>	D.G. de Salud Pública Gerentes de Área de Salud 10
SP3 - 5	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Desarrollar programas de información y educación sanitaria dirigidos a la población sobre la utilización racional de los medicamentos y su coste.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	Número de actividades específicas por Área de Salud y tiempo	<b>RESPS.</b>	D.G. de Salud Pública Gerentes de Área de Salud 10



La **docencia y la investigación** son el motor del desarrollo de las organizaciones, añadiendo valor a cada uno de sus profesionales y a sus actividades y servicios. Definidas como “gestión del conocimiento”, se constituye, en la actualidad, como una de las principales estrategias de gestión en las organizaciones sanitarias para la mejora de la calidad de la asistencia ofertada. Dentro de la “gestión del conocimiento”, se incluyen aspectos como la formación pregrado, la formación especializada, la formación continuada y la investigación, que tradicionalmente han sido abordados de forma independiente, pero que en los inicios del siglo XXI deben ser considerados desde una visión integradora.

Con una adecuada consideración y potenciación de la “gestión del conocimiento”, se facilita la introducción de los cambios necesarios para que las organizaciones sanitarias estén en las mejores condiciones para ofrecer sus prestaciones sanitarias con un nivel de calidad científico-técnica adecuado. Como valor añadido, se potencia una orientación multidisciplinar, sirviendo de estímulo, de cohesión y de mejora del clima laboral, favoreciendo el contacto entre los profesionales y el flujo de información entre ellos, consolidándose una “cultura organizacional” orientada a la excelencia.

La Región de Murcia se encuentra en un punto crucial para el futuro de la sanidad y se han tomado decisiones estratégicas que permiten afrontar el futuro inmediato con nuevas esperanzas. Entre estas decisiones, en el área de la “gestión del conocimiento” se encuentran: la

creación de la Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria y de la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias.

La integración de instituciones y la cooperación entre los diferentes actores implicados son un eje muy a tener en consideración entre las estrategias dirigidas a la docencia y la investigación. Son varias las líneas definidas en esta dirección, tales como el desarrollo de todo el potencial de la Comisión Mixta con la Universidad o la vinculación de los fondos documentales en un esfuerzo común para que sean accesibles a todos los profesionales de la Región.

La formación del especialista es un elemento primordial para que el sistema sanitario cuente con profesionales bien preparados que proporcionen unos servicios de calidad. Esta formación postgrado en todas sus facetas sería susceptible de ser abordada mediante las distintas líneas de actuación, tal y como se refiere en este segundo grupo de estrategias relacionadas con la formación postgrado, desde la existencia de una orden que persiga la homogeneidad de las estructuras docentes, la acreditación de los propios profesionales que impartan la docencia o el cumplimiento de los programas de formación de los médicos residentes. Una adecuada planificación de las necesidades en especialistas en la Región llevaría a considerar una oferta adecuada y a no tener algunas especialidades con un déficit importante que dificulte después el poder asegurar una serie de puestos de trabajo necesarios para el correcto desarrollo de los servicios. También entre estas líneas se han incluido algunas concretas referidas a las necesidades en formación de los especialistas en nuevas competencias, como es el caso de las



materias transversales o en las propias metodologías de docencia y aprendizaje. En definitiva, mejorar la formación postgrado, en la que el sistema sanitario adquiere un papel predominante, con objeto de alcanzar profesionales mejor preparados que en el futuro invertirán el conocimiento adquirido en el desarrollo y bienestar de la sociedad.

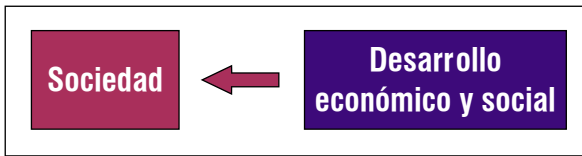
La investigación sería la otra faceta a tener en consideración en esta área de “gestión del conocimiento” y en la que se han planteado varias líneas estratégicas, algunas de tipo estructural y organizativo, como es el caso del desarrollo de las funciones de la nueva Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria y de la Fundación para la Formación e

Investigación Sanitarias, que, como institución con una determinada independencia, pueda gestionar de forma más eficiente todos los temas referidos. La priorización de los temas en investigación y la potenciación del trabajo mediante redes de investigación serían dos de las líneas escogidas, así como el impulso a la formación en temas de investigación en los diferentes niveles docentes. Por último, y considerando que el tamaño de la Región es un hándicap en el desarrollo científico, fomentar la investigación concentrando los esfuerzos en líneas de investigación consolidadas y productivas, mejorando el rigor metodológico y la calidad e incrementando la aportación de recursos para estas actividades.

DI1. Liderar un proceso de cooperación y de integración entre las instituciones que promueva el desarrollo científico y docente en las ciencias de la salud en la Región de Murcia.				OBJETIVOS
				2010
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>DI1 - 1</b>	<b>Potenciar el funcionamiento de la Comisión Mixta Universidad-Consejería y diseñar e implantar una sistemática para el seguimiento, evaluación y mejora del convenio.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	Nº de reuniones con acuerdos	<b>RESPS.</b>	D.G. de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>DI1 - 2</b>	<b>Apoyar y colaborar en el desarrollo del Plan de Ciencia y Tecnología en la Región de Murcia.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	Nº de reuniones con acuerdos	<b>RESPS.</b>	D.G. de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>DI1 - 3</b>	<b>Desarrollar un proyecto para vincular los fondos documentales en ciencias de la salud pertenecientes a distintas instituciones, creando una red regional integrada que facilite la accesibilidad a los mismos.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	Existencia de procedimientos que garanticen la accesibilidad a los fondos documentales	<b>RESPS.</b>	Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano

DI2. Desarrollar un plan integrado en la Consejería de Sanidad para la mejora de la calidad de la formación postgrado.				OBJETIVOS
				2010
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>Diseño e implantación de un modelo de evaluación de estructuras y personal docente, complementado con una valoración de la formación postgrado realizada a través de la evaluación de los conocimientos obtenidos y de la satisfacción con la formación recibida.</b>				
<b>DI2 - 1</b>	<b>INDICAD.</b>	Diseño del sistema de evaluación	<b>RESPS.</b>	D.G. de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria
	<b>INDICAD.</b>	Grado de despliegue del sistema de evaluación	<b>RESPS.</b>	
				X
				80%
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>Complementar la formación postgrado en cada especialidad con la formación en materias transversales de gestión clínica, calidad, metodología de investigación, habilidades de comunicación y aspectos ético-legales de la profesión.</b>				
<b>DI2 - 2</b>	<b>INDICAD.</b>	Nº de horas de formación en materias complementarias a las de la propia especialidad	<b>RESPS.</b>	D.G. de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria
	<b>INDICAD.</b>	Existencia del documento de análisis de las necesidades de formación en la Región	<b>RESPS.</b>	
				30
				X
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>Ampliar la oferta de formación de postgrado con la incorporación de aquellas especialidades necesarias y no disponibles en la Región, fundamentalmente Salud Pública y Enfermería en Salud Mental.</b>				
<b>DI2 - 3</b>	<b>INDICAD.</b>	Nº de nuevas acreditaciones docentes conseguidas	<b>RESPS.</b>	D.G. de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria
	<b>INDICAD.</b>	Existencia del documento de análisis de las necesidades de formación en la Región	<b>RESPS.</b>	
				X

DI3. Fomentar la investigación en ciencias de la salud en la Región de Murcia, tanto en cantidad como en calidad.				OBJETIVOS
				2010
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>Fomentar la creación de grupos multidisciplinares de investigación que trabajen en red y consolidar los ya existentes.</b>				
<b>DI3 - 1</b>	<b>INDICAD.</b>	Número de grupos de investigación integrados en redes/total de grupos	<b>RESPS.</b>	D.G. de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria
	<b>INDICAD.</b>		<b>RESPS.</b>	
				70%
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>Vincular las redes y nodos de investigación de Murcia con otros grupos de investigación nacionales e internacionales.</b>				
<b>DI3 - 2</b>	<b>INDICAD.</b>	% de líneas de investigación con vinculación nacional o internacional	<b>RESPS.</b>	D.G. de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria
	<b>INDICAD.</b>		<b>RESPS.</b>	
				50%



Un valor al que se le ha querido dar especial relevancia en este desarrollo sostenible es el **sistema sanitario como generador de riqueza**. Esta visión supone el reconocimiento de su actividad no como un gasto, sino como una inversión en desarrollo económico y social, en el conocimiento profesional y en bienestar social. Además, la sanidad puede contribuir de una forma destacada al desarrollo de otros sectores generadores de riqueza en la Región, y especialmente del turismo.

En estos momentos, la sanidad pública representa el 5,8% del PIB de la Región y es generadora directamente de casi el 3% del empleo estable. Estos datos reflejan el impacto del sector salud en el tejido económico de la sociedad.

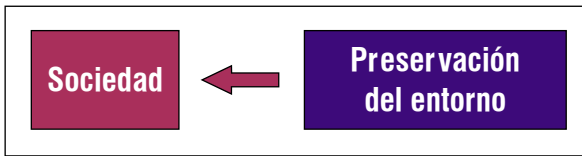
Complementariamente a este análisis es reconocido en general el efecto del gran impacto positivo de la actividad sanitaria por su contribu-

ción a la mejora del “capital humano” y su especial relevancia para el avance y desarrollo tecnológico en casi todos los campos del conocimiento y la tecnología. De la misma forma tiene un papel destacado en la consecución de una sociedad con un estilo de vida más saludable y armónico con el entorno, fomentando la educación para la salud.

Las peculiaridades de la Región hacen que, además de lo anterior, nuestra sanidad tenga grandes posibilidades de interacción con otros sectores como el turístico. Para consolidar la oferta orientada al turismo de segunda residencia y/o hacia una tercera edad europea, con capacidad adquisitiva y que busca buen entorno natural y cultural, la oferta de unas infraestructuras sanitarias es un factor determinante. La sanidad murciana es para este importantísimo sector económico de nuestro futuro un activo a integrar y desarrollar en el conjunto de la oferta regional de servicios. Una oferta que inevitablemente precisa de la complicidad entre la sanidad pública y la privada.

DS1. Potenciar la contribución de la sanidad como generadora de riqueza en la sociedad.				OBJETIVOS	
				2010	
DS1 - 1	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Promover su implicación en la creación de riqueza en la Región.</b>				
	INDICAD.	% del PIB en gasto sanitario público	RESPS.	D.G. de Régimen Económico y Prestaciones	
				6,3%	
INDICAD.	% de empleo estable de la Región creado desde el sector salud	RESPS.	D.G. de Recursos Humanos		
			3%		
DS1 - 2	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Contribuir al desarrollo de la industria turística con el desarrollo de la imagen sanitaria y promoviendo, en colaboración con proveedores externos, una oferta sanitaria enfocada a la atracción del turismo en la Región.</b>				
	INDICAD.	Establecimiento de convenio y marco de colaboración	RESPS.	Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano	
			X		
DS1 - 3	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Desarrollar actividades encaminadas a mejorar la percepción de los ciudadanos sobre los servicios sanitarios.</b>				
	INDICAD.	Porcentaje de ciudadanos satisfechos con los servicios sanitarios	RESPS.	Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano D.G. de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria	
			85%		

DS2. Potenciar la implicación de la sanidad con la sociedad cooperando con otros organismos públicos, asociaciones de enfermos y organizaciones no gubernamentales en el alcance de una sociedad más saludable.				OBJETIVOS	
				2010	
DS2 - 1	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Potenciar la responsabilidad social corporativa.</b>				
	INDICAD.	Existencia de programas de integración social	RESPS.	Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano	
			X		
DS2 - 2	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Planificar y desarrollar una política de voluntariado en la sanidad.</b>				
	INDICAD.	% de centros con actividades basadas en política de voluntariado	RESPS.	Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano	
			90%		
DS2 - 3	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Desarrollar actividades de promoción de estilos saludables de vida, especialmente en lo referente a actividad deportiva y alimentación, en la Educación Primaria y Secundaria.</b>				
	INDICAD.	% de centros escolares con actividades de promoción de la salud	RESPS.	Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano	
			20%		
DS2 - 4	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Promover visitas periódicas de escuelas y otras instituciones públicas o privadas a las instituciones sanitarias.</b>				
	INDICAD.	Nº de visitas según programa y planificación en el Área de Salud y Tiempo	RESPS.	Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano	
			12		



La **preservación del entorno** es el otro conjunto de valores a considerar con respecto a la sociedad como actor del sistema sanitario. El deterioro progresivo del medio ambiente por la contaminación provocada por el hombre a nivel doméstico e industrial y sus consecuencias, son un tema prioritario para los países que buscan políticas para frenar los problemas y deterioro del medio, planteando la difusión entre los ciudadanos de toda esta información y creando una conciencia positiva a todo lo que tiene que ver con la protección del medio ambiente.

Para una sanidad sostenible, la gestión de los recursos energéticos es clave. La provisión de energía será, junto con la del agua, a juicio de multitud de análisis de los expertos, el principal problema de la humanidad en el siglo XXI. Por otra parte, los centros y tecnologías sanitarias son grandes consumidores de energía y pueden constituirse en este campo en centros especiales de gestión, uso eficiente, producción e innovación tecnológica de la energía, con el consiguiente efecto de sensibilización y ejemplo social. Existen en este campo especiales posibilidades para nuestra Región, con gran abundancia de energías renovables, en particular, energía solar, para desarrollar a muy corto plazo.

Dentro de estas posibilidades adquiere especial relevancia la definición de una política de gestión y consumo energético racional en la sanidad, que incluya, por una parte, mejores medidas de gestión para el ahorro (mejora de la eficiencia energética, negociación de precios con los proveedores) y, de otra parte, una política de

incorporación de las energías renovables a la sanidad que puede ser realizada además con escasa o nula inversión, aprovechando las ayudas y programas existentes para favorecer su implantación y/o realizando las instalaciones necesarias por medio de servicios concertados con empresas prestatarias del sector energético. El actual mercado liberalizado ofrece grandes oportunidades de abaratamiento de costes y un control de los consumos que se apoye en una mayor sensibilización en el propio uso de la energía por su impacto directo sobre el medio ambiente.

Con estos requisitos, la gestión sostenible de la energía contribuiría a aminorar los costes generales del sistema, dinamizaría el sector de las energías renovables, de gran porvenir en la Región, y sería un ejemplo social de las posibilidades de conciliar una alta concentración tecnológica con un uso limpio y sostenible de los recursos.

Dos deben ser las orientaciones que pueden tener las organizaciones de servicios sanitarios para conseguir una adecuada preservación del entorno.

En primer lugar, estarían todas las políticas y estrategias encaminadas a reducir y minimizar el impacto que los residuos generan en el entorno. Se trata de una dirección claramente asumida por la sociedad en su conjunto y que otras organizaciones también la tienen en consideración. Hoy en día no es difícil encontrar actitudes coincidentes con las que se expresan a continuación en diferentes ámbitos y, por consiguiente, no debería ser demasiado difícil su puesta en marcha y su aceptación por los ciudadanos y las instituciones. Los programas de gestión de residuos de las organizaciones sanitarias y las acciones concretas referidas a los mismos, tales como la inscripción en el registro de gene-

radores de residuos o la segregación y reciclaje de éstos y la existencia de la figura del operador de residuos o las actividades encaminadas a la sensibilización sobre el tema tanto en los profesionales como en la población, serán las líneas a seguir en esta dirección.

Por otra parte, podrían señalarse las acciones encaminadas a la reducción del consumo energético, en la medida que con ello se reduzca el impacto en el medio ambiente. Los programas específicos de cada centro para potenciar el ahorro energético, las propias auditorías que

evalúen la situación en este sentido y la racionalización del consumo y la incorporación de energías renovables, son algunas de las actividades que se pueden mencionar. De igual manera, el desarrollo de sistemas de gestión ambiental certificables como la Norma ISO 14000 o como las directrices europeas EMAS en los centros asistenciales, serían líneas de actuación a potenciar, asegurando con ello el cumplimiento de los principios y requisitos de la norma y contribuyendo de esta forma a la preservación del entorno.

PE1. Reforzar las políticas de gestión de los residuos sanitarios para incrementar la seguridad y minimizar su impacto en el medio ambiente.				OBJETIVOS
				2010
PE1 - 1	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Desarrollar e implantar programas de gestión para la minimización de los residuos sanitarios, potenciando políticas y actividades encaminadas a la segregación y reciclado de los residuos en los centros sanitarios.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	% de centros con programas de minimización de residuos	<b>RESPS.</b>	D.G. de Salud Pública Gerencias de Centros 100%
PE1 - 2	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Desarrollar un plan de marketing relacionado con la “sanidad limpia”.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	Nº de acciones realizadas del plan de marketing sobre “sanidad limpia”	<b>RESPS.</b>	D.G. de Salud Pública Gerencias de Centros 10

PE2. Desarrollar políticas para reducir el impacto de la sanidad en el medio ambiente con especial orientación a la reducción del consumo energético.			OBJETIVOS		
			2010		
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>					
<b>PE2 - 1</b>	<b>Desarrollar planes de eficiencia energética e impacto ambiental en las organizaciones sanitarias.</b>				
	<b>INDICAD.</b>	% de reducción del consumo por centro sanitario	<b>RESPS.</b>	Gerencias de Centros	↓2%
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>					
<b>PE2 - 2</b>	<b>Desarrollar auditorías para el diseño de acciones llevadas a cabo sobre gestión de la energía en el centro.</b>				
	<b>INDICAD.</b>	% de centros que desarrollan auditorías de gestión energética	<b>RESPS.</b>	Gerencias de Centros	100%
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>					
<b>PE2 - 3</b>	<b>Desarrollar políticas de racionalización de los costes y negociación en el mercado energético promoviendo la utilización de energías renovables.</b>				
	<b>INDICAD.</b>	% de centros con evaluación del coste Kw/h	<b>RESPS.</b>	Gerencias de Centros	100%
	<b>INDICAD.</b>	% de energía procedente de fuentes renovables sobre el total			> 3%
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>					
<b>PE2 - 4</b>	<b>Desarrollar líneas permanentes de cooperación de los centros sanitarios con la Agencia de Energía de la Región de Murcia.</b>				
	<b>INDICAD.</b>	Existencia de convenio-marco entre la Consejería de Sanidad y la Agencia de Energía	<b>RESPS.</b>	Gerencias de Centros	X
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>					
<b>PE2 - 5</b>	<b>Desarrollar sistemas de gestión ambiental según la Norma ISO 14000 y las directrices europeas EMAS.</b>				
	<b>INDICAD.</b>	Nº de centros con certificado ISO 14000 EMAS / Total de centros sanitarios	<b>RESPS.</b>	Gerencias de Centros	6



En coincidencia con la mayoría de las organizaciones sanitarias de carácter público, uno de los desafíos más importantes que debe de afrontar la Consejería de Sanidad es cómo conseguir que los profesionales se sientan satisfechos e implicados con su trabajo. El logro de estas metas será un elemento que facilite la consecución de las estrategias y líneas de actuación que configuran el desarrollo sostenible que se impulsa desde este Plan Estratégico. Todas las estrategias se verán facilitadas si se alcanza este objetivo y, por el contrario, la gran mayoría de ellas verán dificultado su desarrollo sin su participación.

Especial protagonismo tienen los profesionales en el alcance de todas las estrategias enfocadas a mejorar la asistencia sanitaria y que repercuten directamente en la mejora de la atención a los ciudadanos. Los estilos asistenciales, la organización asistencial, la coordinación y continuidad, así como la utilización de los recursos son ámbitos de actuación liderados casi en exclusiva por los profesionales, y como consecuencia, su papel es determinante para la consecución de las estrategias definidas.

A pesar de la extensa y universal aceptación de estos argumentos, en los últimos años se han producido escasos avances en la mejora de la sa-

tisfacción de los profesionales. Aunque se han realizado actuaciones en diferentes ámbitos, sobre cuya importancia los profesionales han expresado su opinión en la encuesta de satisfacción, éstas no se han traducido en una mejora de la percepción sobre la satisfacción y sobre el desarrollo profesional.

La situación de los recursos humanos en la Región de Murcia no dista mucho de la del conjunto del Sistema Nacional de Salud. Los profesionales manifiestan un profundo desequilibrio entre lo que ellos dan y lo que reciben a cambio. Este desequilibrio se relaciona con la sobrecarga de trabajo, la deficiente retribución, las mejorables condiciones laborales, la falta de desarrollo profesional y personal, la falta de autonomía para organizar su trabajo y la ausencia de reconocimiento.

Las principales actuaciones realizadas en los últimos años desde la Consejería de Sanidad tendientes a mejorar la atención a los profesionales se pueden sintetizar en los siguientes puntos:

- Mejora de la estabilización de empleo a través de una Oferta Pública de Empleo extraordinaria que ha permitido resolver parcialmente un problema que generaba una gran incertidumbre entre los profesionales.
- Mejora de los niveles retributivos desde las transferencias en un nivel superior al crecimiento de la riqueza de la Región.
- El inicio del desarrollo de un proyecto de carrera profesional para el personal sanitario de los grupos A y B y de un proyecto de promoción profesional y de carrera administrativa para el resto de grupos.
- El desarrollo de un nuevo modelo retributivo, en fase de negociación, que pretende incorporar incentivos al compromiso con la calidad y con los resultados.



Mención especial en este capítulo requiere la función de liderazgo de los equipos directivos y mandos intermedios en el conjunto de la organización. Su capacidad de influir en la mejora continua, en el alcance de los objetivos planteados y en conseguir que las personas se encuentren realizadas con su trabajo es evidente. La Consejería necesita líderes con visión de futuro, comprometidos con los demás y con la organización, que sean accesibles, que ayuden y orienten a los demás y, como consecuencia de todo ello, que traccionen de la organización. Este nuevo estilo de ejercer el liderazgo, en consonancia con los principios de la calidad total y con las organizaciones más avanzadas, requiere una capacitación expresa en habilidades de gestión de personas y dirección de equipos, objeto de atención en el desarrollo sostenible que se plantea.

Especial importancia adquiere la **formación continuada** como un elemento clave en la estrategia de gestión de cualquier organización y elemento fundamental para gestionar el conocimiento y potenciar el desarrollo de los profesionales. En los servicios sanitarios, la rápida evolución de la ciencia y el desarrollo de nuevas tecnologías requiere nuevas habilidades y destrezas, lo que hace todavía necesario que los profesionales actualicen sus conocimientos mediante las actividades necesarias que permitan el desarrollo de su trabajo con las máximas garantías y posibilidades de éxito. Por otra parte, la forma de trabajo de las organizaciones sanitarias ha llevado a la necesidad de desarrollar otro tipo de conocimientos transversales, tales como epidemiología clínica, competencias en gestión de unidades, trabajo en equipo o técnicas de comunicación, que inciden de forma muy importante en la mejora de la calidad de los servicios prestados.

Por último, comentar la relevancia del reciente Acuerdo Marco Sectorial, firmado por la consejera de Sanidad y las organizaciones sindicales el día 27 de mayo de 2005, por el que se ordenan y determinan las materias objeto de negociación sindical para la mejora de las condiciones de trabajo y de la asistencia sanitaria, ya que muchas de las medidas contenidas en el acuerdo vienen a corroborar el acierto de las líneas de actuación establecidas en recursos humanos y a incidir en las preocupaciones manifestadas por los profesionales en las encuestas de satisfacción. Este acuerdo puede representar un punto de partida para el alcance de un nuevo estilo de relación sustentado en el consenso, en la activa preocupación por la mejora de la asistencia y en el progresivo desarrollo profesional de las personas.

Las tendencias observadas en nuestro entorno en relación con el desarrollo de los recursos humanos se pueden sintetizar en los siguientes puntos:

- Facilitar el desarrollo de las personas, tanto desde la perspectiva profesional como personal, para alcanzar su satisfacción con el trabajo.
- Reforzar el liderazgo en el conjunto de la organización para conseguir que los profesionales que tienen responsabilidad sobre otros profesionales se comprometan activamente con la organización y con los demás, ayudándoles en su desarrollo profesional; en definitiva, el ejercicio del liderazgo como un servicio a los demás y a la sociedad.
- Promover la autonomía de gestión, descentralizando la responsabilidad y la capacidad de autoorganización.
- Incrementar los niveles de participación en la gestión y la implicación de los profesionales con su trabajo.

- Fomentar la capacitación de los profesionales, tanto en competencias clínicas como de gestión.
- Promover el trabajo en equipo, en una medicina que cada vez exige mayores niveles de multidisciplinariedad.
- Reforzar la seguridad laboral y prevenir los riesgos laborales para que ningún profesional vea limitada su salud como consecuencia de su trabajo.
- Potenciar la comunicación interna, tanto vertical como horizontal, y el reconocimiento como estrategias clave para mejorar la satisfacción e incrementar el sentido de pertenencia.

Las estrategias relacionadas con los profesionales se han agrupado en cuatro directrices:

1. Promover la atención a los profesionales fomentando la estabilidad del empleo, reforzando la seguridad y salud en el trabajo y mejorando, dentro de las posibilidades que ofrece el marco macroeconómico de la Región, las condiciones laborales y salariales.
2. Facilitar el desarrollo personal y profesional de las personas para conseguir que se sientan realizadas con su trabajo.
3. Potenciar la formación continuada para conseguir que los profesionales actualicen y diversifiquen su conocimiento y lo inviertan en mejorar el funcionamiento del sistema.
4. Fomentar la gestión clínica en un esfuerzo de descentralizar la organización e incrementar la implicación de los profesionales con su trabajo.

### Estrategias relacionadas con los profesionales:

#### Atención a los profesionales

- P1. Mejorar la planificación y gestión de los RR.HH. considerando las expectativas de los profesionales y orientándola a los requerimientos presentes y futuros de desarrollo de la organización.
- P2. Prevenir los riesgos de los profesionales mejorando la seguridad y salud laboral.
- P3. Mejorar la satisfacción de los profesionales y promover su implicación con el trabajo.
- P4. Definir y desplegar una política para conseguir que la función de liderazgo de mandos intermedios y directivos se adecue al estilo de las organizaciones modernas, en consonancia con los principios del modelo europeo de calidad.

#### Formación continuada

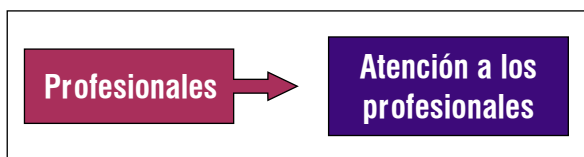
- FC1. Promover el desarrollo de estructuras para la gestión y mejora de la calidad de la formación continuada de los profesionales.
- FC2. Desarrollar un Plan Integral de Formación para conseguir que las competencias de los profesionales respondan a las necesidades presentes y futuras de la Consejería de Sanidad.

#### Gestión clínica

- GC1. Impulsar el desarrollo de Unidades de Gestión Clínica.

**Indicadores clave**

Profesionales	Objetivos 2010
% de la plantilla con estabilidad laboral	↑30%
% de centros con evaluación de riesgos laborales	100%
% de la plantilla que participa en cursos y actividades acreditados	15%
% de centros con plan de formación continuada	90%
% de equipos de A. Primaria y servicios funcionando como Unidad de Gestión Clínica	20%



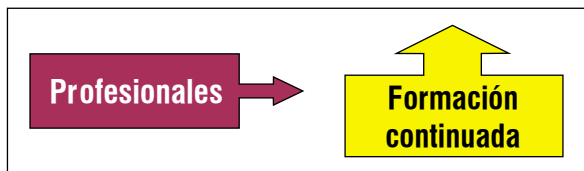
P1. Mejorar la planificación y gestión de los RR.HH. considerando las expectativas de los profesionales y orientándola a los requerimientos presentes y futuros de desarrollo de la organización.		OBJETIVOS	
		2010	
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
<b>P1 - 1</b>	<b>Diseño y desarrollo de un nuevo sistema de contratación que responda a las necesidades de la organización y estructurado en torno a las competencias profesionales.</b>		
	<b>INDICAD.</b>	Definición de un nuevo sistema de contratación basado en necesidades y competencias	<b>RESPS.</b>
		D.G. de Recursos Humanos	Aplicar
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
<b>P1 - 2</b>	<b>Diseño y desarrollo de un sistema de adecuación de las plantillas de los centros a las necesidades de la organización, propiciando una distribución de profesionales acorde con el compromiso asistencial del centro.</b>		
	<b>INDICAD.</b>	Desarrollo de plan funcional de plantillas	<b>RESPS.</b>
		D.G. de Recursos Humanos	Aplicar
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
<b>P1 - 3</b>	<b>Diseño e implantación de un sistema de movilidad de profesionales que permita mejorar la compatibilidad de la vida personal y laboral.</b>		
	<b>INDICAD.</b>	Existencia de programa de movilidad	<b>RESPS.</b>
		D.G. de Recursos Humanos	Aplicar
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
<b>P1 - 4</b>	<b>Adecuación de la jornada laboral a las necesidades asistenciales para alcanzar un mejor aprovechamiento de los recursos y una mejor asistencia al ciudadano.</b>		
	<b>INDICAD.</b>	Definición de los horarios por negociación entre las partes interesadas, con gestión por resultados	<b>RESPS.</b>
		D.G. de Recursos Humanos Gerencias de Centros	Aplicar
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
<b>P1 - 5</b>	<b>Mejorar la estabilidad laboral a través de la realización periódica de Ofertas Públicas de Empleo en el SMS.</b>		
	<b>INDICAD.</b>	% de plantilla con estabilidad laboral	<b>RESPS.</b>
		D.G. de Recursos Humanos	↑30%

P1. Mejorar la planificación y gestión de los RR.HH. considerando las expectativas de los profesionales y orientándola a los requerimientos presentes y futuros de desarrollo de la organización. (Continuación)				OBJETIVOS	
				2010	
P1 - 6	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Desarrollar la carrera profesional incorporando el reconocimiento al compromiso asistencial y a las actividades científicas y docentes.</b>				
	<b>INDICAD.</b>	Existencia de carrera profesional	<b>RESPS.</b>	D.G. de Recursos Humanos	Aplicar
P1 - 7	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Desarrollar un plan de evaluación del desempeño.</b>				
	<b>INDICAD.</b>	Existencia de un plan de objetivos	<b>RESPS.</b>	D.G. de Recursos Humanos	X
	<b>INDICAD.</b>	Existencia de una sistemática de evaluación basada en metas conseguidas	<b>RESPS.</b>		X
P1 - 8	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Desarrollar un sistema de incentivos que reconozca la contribución de los profesionales al desarrollo y mejora de la organización.</b>				
	<b>INDICAD.</b>	Existencia de sistema de incentivos conocido y aplicado	<b>RESPS.</b>	D.G. de Recursos Humanos	Aplicar
P1 - 9	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Desarrollar un plan de colaboración con entidades profesionales (colegios, sociedades científicas).</b>				
	<b>INDICAD.</b>	Nº de acuerdos con entidades profesionales	<b>RESPS.</b>	Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano	8

P2. Prevenir los riesgos de los profesionales mejorando la seguridad y salud laboral.				OBJETIVOS	
				2010	
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>					
<b>Promover la evaluación de riesgos laborales en los centros.</b>					
<b>P2 - 1</b>	<b>INDICAD.</b>	% de centros con evaluación de riesgos	<b>RESPS.</b>	D.G. de Recursos Humanos Gerencias de Centros	100%
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>					
<b>Desarrollar planes de emergencia interna en los centros.</b>					
<b>P2 - 2</b>	<b>INDICAD.</b>	% de centros con un plan de emergencia interna	<b>RESPS.</b>	D.G. de Recursos Humanos Gerencias de Centros	100%
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>					
<b>Desarrollar un plan para la vigilancia y mejora de la salud de los trabajadores.</b>					
<b>P2 - 3</b>	<b>INDICAD.</b>	% de centros con un plan de mejora de la salud de los trabajadores	<b>RESPS.</b>	D.G. de Recursos Humanos Gerencias de Centros	100%
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>					
<b>Desarrollar e implantar un plan para la disminución del absentismo laboral.</b>					
<b>P2 - 4</b>	<b>INDICAD.</b>	% de absentismo	<b>RESPS.</b>	Inspección Médica D.G. de Recursos Humanos Gerencias de Centros	< 8%

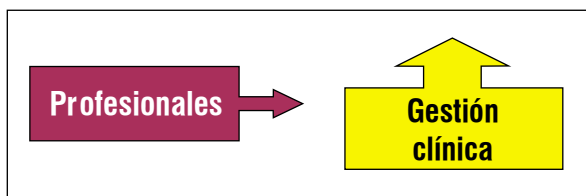
P3. Mejorar la satisfacción de los profesionales y promover su implicación con el trabajo.				OBJETIVOS	
				2010	
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>					
<b>Desarrollar un plan de comunicación interna en todos los centros.</b>					
<b>P3 - 1</b>	<b>INDICAD.</b>	% de centros con plan de comunicación interna	<b>RESPS.</b>	Gerencia de Centro	100%
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>					
<b>Potenciar el despliegue de la promoción interna en el conjunto de la organización.</b>					
<b>P3 - 2</b>	<b>INDICAD.</b>	Existencia e implantación del programa de promoción interna	<b>RESPS.</b>	D.G. de Recursos Humanos	X

P4. Definir y desplegar una política para conseguir que la función de liderazgo de mandos intermedios y directivos se adecue al estilo de las organizaciones modernas, en consonancia con los principios del modelo europeo de calidad.				OBJETIVOS	
				2010	
P4 - 1	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Diseñar y desarrollar un plan de formación de directivos y cuadros intermedios en competencias de gestión.</b>				
	INDICAD.	Existencia de mapa de competencias de cargos intermedios	RESPS.	D.G. de Recursos Humanos Gerencias de Centros	X
P4 - 2	INDICAD.	Crear y aplicar un plan de formación con base en el anterior	RESPS.	D.G. de Recursos Humanos Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias	X
	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Diseñar e implantar una nueva normativa para la selección, nombramiento y cese de cuadros intermedios.</b>				
P4 - 3	INDICAD.	Crear e implantar norma	RESPS.	D.G. de Recursos Humanos	Mantener
	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Diseñar e implantar un sistema para evaluación de desempeño para cargos directivos y cuadros intermedios.</b>				
P4 - 4	INDICAD.	Existencia y evaluación de objetivos	RESPS.	Gerencia del SMS Gerencias de Centros	SÍ
	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Definir e implantar la "carrera directiva".</b>				
P4 - 4	INDICAD.	Existencia de plan de directivos	RESPS.	Gerencia del SMS	SÍ



FC1. Promover el desarrollo de estructuras para la gestión y mejora de la calidad de la formación continuada de los profesionales.			OBJETIVOS
			2010
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
<b>FC1 - 1</b>	<b>Elaboración de una encuesta para la detección de las necesidades de los profesionales sobre formación continuada.</b>		
	<b>INDICAD.</b>	Realización de encuesta bienal sobre necesidades de formación	<b>RESPS.</b>
			X
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
<b>FC1 - 2</b>	<b>Homogeneización de las actividades de formación según normativa europea en el contexto de la Comisión Regional de Acreditación de la Formación Continuada de la Región de Murcia.</b>		
	<b>INDICAD.</b>	Existencia de procedimientos que regulen la acreditación de los cursos según normativa europea	<b>RESPS.</b>
			X
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
<b>FC1 - 3</b>	<b>Desarrollar e implantar un sistema de evaluación de la formación continuada basado en indicadores que alcancen a todas las actividades de formación.</b>		
	<b>INDICAD.</b>	% de actividades de formación evaluadas según el sistema	<b>RESPS.</b>
			100%

FC2. Desarrollar un Plan Integral de Formación para conseguir que las competencias de los profesionales respondan a las necesidades presentes y futuras de la Consejería de Sanidad.			OBJETIVOS
			2010
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
<b>FC2 - 1</b>	<b>Desarrollar planes de formación continuada en todos los centros.</b>		
	<b>INDICAD.</b>	% de centros con plan de formación continuada	<b>RESPS.</b>
			90%
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
<b>FC2 - 2</b>	<b>Fomentar la formación de los profesionales con métodos "on line", en un proceso global de "e-formación".</b>		
	<b>INDICAD.</b>	% de actividades de "e-formación"	<b>RESPS.</b>
			20%
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
<b>FC2 - 3</b>	<b>Fomentar la utilización de profesorado de la propia organización en las actividades de formación continuada.</b>		
	<b>INDICAD.</b>	% de actividades desarrolladas con profesorado propio	<b>RESPS.</b>
			50%



El desarrollo de una buena práctica clínica es la mejor forma de obtener una eficiente utilización de recursos. Los comportamientos clínicos tienen un efecto decisivo en la efectividad clínica y en la eficiencia. Estas dos afirmaciones constituyen las bases conceptuales sobre las que se sustenta la gestión clínica; un intento de incorporar los valores empresariales en el compromiso profesional, en el que el clínico no sólo se preocupa activamente por el cuidado del paciente y por desarrollar una medicina científica, sino que complementa estos valores con una visión empresarial de su actividad.

La gestión clínica representa un compromiso de descentralización del conjunto de la organización de gran calado y pretende acercar la gestión de la asistencia con la gestión de los recursos, promoviendo una descentralización del sistema sanitario y la autonomía en la organización del trabajo. Para su desarrollo es clave el papel de los mandos intermedios y, en consonancia con lo planteado en el capítulo de profesionales, de su capacidad de liderar al resto de las personas sobre las que tiene responsabilidad.

La progresiva incorporación de la gestión clínica en el sistema sanitario va a provocar grandes transformaciones en la forma de entender y gestionar la organización. Entre ellas se pueden señalar las siguientes:

- La asociación de aquellos servicios y unidades clínicas que comparten pacientes y que coparticipan en el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad. Estas asociaciones en nuestro

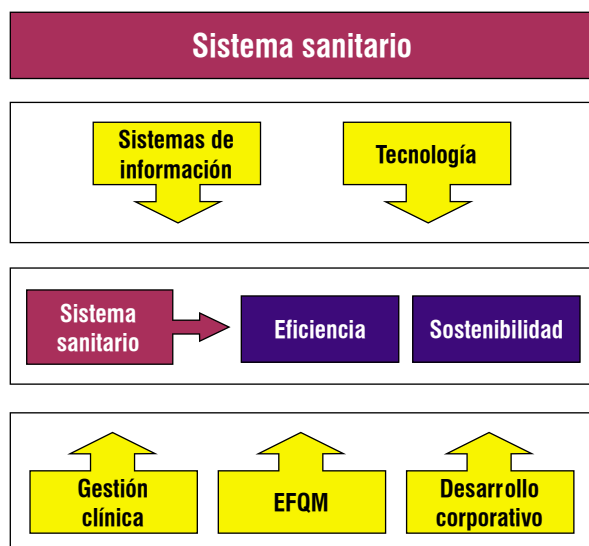
medio se han denominado de diferentes formas: institutos, unidades funcionales o departamentos, pero su esencia es el reconocimiento explícito de que para una correcta atención es imprescindible considerar el proceso asistencial en su integridad.

- Esta integración se complementa con la descentralización de la capacidad de decisión, fomentando la autonomía de las unidades en su capacidad de organizarse y de gestionar los recursos que tienen asignados.
  - Esta nueva forma de entender la organización precisa de una importante transformación en la manera de hacer y entender la función directiva. En este cambio en los estilos de dirección adquiere un especial protagonismo el responsable de la unidad de gestión clínica que debe de complementar sus competencias clínicas con conocimientos y habilidades de gestión, incorporando la evaluación del desempeño y de los resultados en su actividad profesional. Este cambio también afecta de una forma destacada a los directivos, que con la progresiva descentralización de la organización tienen que centrar su papel en la planificación estratégica, en facilitar el desarrollo de las unidades clínicas y en conciliar los intereses del conjunto de los servicios y unidades del centro. En este nuevo papel, su éxito dependerá de su capacidad de influencia sobre las unidades clínicas y de su capacidad para generar los estímulos necesarios para hacer de la innovación y de la mejora continua la razón de ser de las unidades asistenciales.
- Por último, mencionar las herramientas de gestión en las que se sustenta la gestión clínica:
- Gestión del proceso asistencial utilizando metodologías de gestión por procesos y guías clínicas.



- El desarrollo de los sistemas de información como apoyo directo a la práctica clínica para ser más resolutivos, rápidos, seguros y eficientes.
- La evaluación de resultados como una forma de documentar los logros alcanzados.
- La autoevaluación como impulso a la mejora continua.

GC1. Impulsar al desarrollo de Unidades de Gestión Clínica.				OBJETIVOS	
				2010	
GC1 - 1	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Definir el marco conceptual de la gestión clínica en el SMS.</b>				
INDICAD.	Documento marco	RESPS.	Gerencia del SMS		
GC1 - 2	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Promover la creación de Unidades de Gestión Clínica.</b>				
INDICAD.	% de equipos de A. Primaria y servicios funcionando como Unidad de Gestión Clínica	RESPS.	Gerencia del SMS	20%	
GC1 - 3	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Promover un sistema de incentivos por objetivos para las Unidades de Gestión Clínica.</b>				
	INDICAD.	Existencia de sistema de incentivos conocido	RESPS.	Gerencia del SMS	X
	INDICAD.	Aplicación	RESPS.	Gerentes de Centros	X
GC1 - 4	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Impulso a la gestión por procesos en las Unidades de Gestión Clínica.</b>				
	INDICAD.	Definición del mapa de procesos	RESPS.	Responsable UGC	X
INDICAD.	% de procesos clave en control de procesos	RESPS.	Responsable UGC	80%	
GC1 - 5	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Establecer e implantar un programa de formación en gestión clínica.</b>				
	INDICAD.	Existencia de plan de formación	RESPS.	D.G. de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria	X
INDICAD.	Gestores de UGC con formación en gestión clínica	RESPS.	D.G. de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria	100%	



El sistema sanitario en España constituye uno de los logros que mayor consenso político y social despierta en la sociedad. Además, y de acuerdo con diversos estudios sociológicos realizados, cuenta con un importante aprecio social, siendo el servicio público mejor valorado por los ciudadanos.

La sostenibilidad financiera del sistema sanitario constituye uno de los grandes retos del Sistema Nacional de Salud y actualmente es objeto de un debate político que hasta la fecha está alejado de un acuerdo con suficiente consenso político y social.

España es uno de los países de la Unión Europea con menor gasto en sanidad en relación con su nivel de riqueza. Esta evidencia permite identificar un cierto margen de crecimiento del sector. Sin embargo, si este esperado incremento de recursos no se asocia a un esfuerzo en la mejora de la eficiencia, la creación de valor por estos recursos adicionales será limitada.

Complementariamente es necesario identificar y actuar sobre las importantes bolsas de ineficiencia del sistema y explotar las oportunidades de las economías de escala para conseguir un mejor aprovechamiento de los recursos. En esta fa-

ceta, y como se ha comentado previamente, los comportamientos de los clínicos tienen un efecto determinante en el adecuado uso de los recursos, por lo que es necesario buscar su colaboración para alcanzar una utilización responsable de los mismos.

Dentro del informe de situación se remarcaba la preocupación por el déficit presupuestario observado en los últimos años, que puede ser un factor de riesgo para alcanzar una organización con capacidad de adaptarse a los requerimientos de la sociedad. De ahí la importancia de reivindicar la disciplina presupuestaria en el conjunto de la organización con objeto de alcanzar el equilibrio financiero en el que los gastos se ajustan a los ingresos. Este logro exige un proceso de negociación de los contratos en el que los recursos planteados se ajusten a las necesidades de las instituciones sanitarias y a su margen en la mejora de la eficiencia, exigiendo como contrapartida un rigor en la adecuación del gasto a la disponibilidad de recursos.

La búsqueda de la eficiencia y la sostenibilidad requiere de un modelo de contratación de servicios sanitarios con proveedores, públicos y privados, que promueva la cobertura a la población, la resolutivez y la calidad.

El sistema vigente de distribución de créditos entre los centros sanitarios, aunque ha ido adaptándose a lo largo de los últimos 15 años, sigue basado en el principio de financiación por actividad en la teoría y en la práctica se adapta a las disponibilidades anuales mediante un sistema incrementalista.

La alternativa con más ventajas es el modelo de financiación capítativa, que consiste en distribuir el fondo económico destinado a servicios sanitarios entre los distintos proveedores en fun-

ción de la población protegida y, por tanto, de manera independiente del nivel de utilización de servicios que se produzca.

Se trata de un modelo que mejora la equidad en la distribución de los recursos y el control del gasto. Pero es sobre todo una palanca para impulsar un cambio significativo a medio plazo que promueva el desarrollo de una asistencia integral y la mejora en la adecuación de los servicios prestados, sean intermedios o finales.

Algunas de las características de este modelo serían:

- Financiación basada en población protegida (con sus correcciones) y no en actividad.
- Es un sistema de financiación integral, ya que incluye el global de los dispositivos asistenciales: Atención Primaria, Atención Especializada, receta farmacéutica, conciertos para pacientes quirúrgicos, médicos, pruebas diagnósticas y prestaciones complementarias (ortoprótesis y transporte sanitario).
- Se complementa con una facturación entre centros de todos los servicios prestados en un área distinta a la que corresponde al paciente.
- Permitirá avanzar en las políticas de continuidad asistencial, estructuración de procesos y, principalmente, de adecuación de actividades.
- La puesta en marcha del modelo requiere un nivel de maduración del diseño que le permita convertirse en el instrumento central de la política y la gestión de la Consejería, del Servicio Murciano de Salud y de los propios centros provisosores.

Comentario especial requiere el gasto farmacéutico, al representar uno de los elementos que mayor desequilibrio presupuestario está generando en los últimos años. Entre las prestaciones del SNS, la farmacéutica debe ser considera-

da como una de las más completas entre los países de nuestro entorno, tanto respecto a la amplitud de la oferta como del nivel de cobertura de la misma. Dada la importancia adquirida por la prestación farmacéutica, no es extraño que el peso que tiene en el sistema sanitario sea cada vez mayor, en parte debido a su masiva utilización y también al grado de implicación que tiene hoy el medicamento en la consecución de los objetivos de salud.

En enero de 2005, los datos del Observatorio del SNS apuntaban que desde 1992, donde la factura farmacéutica representaba el 16,4% del gasto sanitario, se había pasado a un 27%, durante el año 2003, con un incremento de hasta el 12,8%. Estas cifras son netamente superiores a las observadas en otros estados de la Unión Europea.

El origen de las causas de este crecimiento tan espectacular del gasto farmacéutico en los últimos años, se atribuye básicamente a diferentes factores: a los grandes y rápidos avances tecnológicos, al progresivo envejecimiento de la población española con aumentos paulatinos de la esperanza de vida, al aumento de la población asistida y al mayor grado de expectativas que actualmente tienen los ciudadanos respecto al medicamento. Las cifras alcanzadas en el incremento del gasto farmacéutico en España comprometen la sostenibilidad del sistema sanitario español y se han propuesto distintas estrategias a medio plazo que puedan garantizarla. Entre ellas, se apuesta por impulsar, entre otras: las políticas de prevención, la moderación del gasto farmacéutico, políticas de calidad de los servicios sanitarios y la cooperación entre servicios de salud de las distintas Comunidades Autónomas.

Es por ello que la política farmacéutica es hoy un importante objetivo estratégico y un elemen-

to clave para garantizar esta sostenibilidad. Resulta, pues, imprescindible un replanteamiento integral de la política farmacéutica y un nuevo escenario que permita asegurar el deseado horizonte de sostenibilidad, para lo que es necesario asumir un contrato social en donde confluyan todos los agentes implicados en la cadena del medicamento: los profesionales sanitarios, la industria, la distribución, los usuarios y el consenso de las administraciones sanitarias. En este escenario, los ciudadanos deben ser el centro del sistema y se les debe facilitar un mayor protagonismo y corresponsabilidad en las atenciones de su salud.

El debate sobre las medidas para racionalizar o controlar el incremento del gasto farmacéutico, no es nada nuevo ni fácil. Se han venido experimentando desde 1962 distintas actuaciones. Entre ellas, la introducción de la regulación de precios en 1964 y 1991, distintas cuantías de copago desde 1967 a 1980, retirada de medicamentos de la financiación pública (listas negativas) en 1993 y 1998, presupuestos con la industria farmacéutica en 1995, recortes de márgenes de farmacias y distribución, etc. Todas ellas han resultado insuficientes porque el incremento del gasto farmacéutico ha ido sucediéndose por encima del IPC.

Las medidas de política sanitaria adoptadas desde 1996 han supuesto la introducción de cambios importantes en la regulación y la financiación de los medicamentos. Por primera vez se concede un papel central a los medicamentos en la política sanitaria española y se abre el camino a políticas de financiación pública más elaboradas que tratan de influir en el comportamiento de la industria y de las oficinas de farmacia, aunque no han contado con el paciente ni con el pres-

criptor. Por ello, la contención del gasto farmacéutico se ha vislumbrado a corto plazo, en respuesta a una crisis presupuestaria determinada, y se ha dado excesivo protagonismo al precio de los fármacos y menos a una política integral de gestión del medicamento, y por lo reflejado en el párrafo anterior sobre su evolución, con unos resultados cuestionables.

Desde 1996 a 2003 se ha identificado al gasto farmacéutico público como uno de los principales objetivos de contención de costes del sistema sanitario español. En este período de tiempo se adoptan nuevas medidas: la introducción del sistema de precios de referencia en diciembre de 2000, siendo esta una medida de política de compra o financiación de medicamentos, y también las medidas de gestión sanitaria adoptadas desde las distintas Comunidades Autónomas. Ante el escaso éxito de políticas centradas exclusivamente en el precio de los medicamentos, se ha visto la necesidad de adoptar medidas que influyan en la utilización de los mismos, medidas más globales e integradas, gestionadas de manera descentralizada. Es decir, una reforma entendida como proceso constante de adaptación y cambio, en lugar de una serie de golpes de efecto ocasionales.

Por tanto, ahora se encuentran en desarrollo las medidas integradas y descentralizadas de gestión y racionalización del medicamento que indudablemente están en manos de las Comunidades Autónomas. Estas medidas han empezado a recogerse en los distintos planes estratégicos sobre política farmacéutica en el contexto del uso racional del medicamento y la mejora de la prestación farmacéutica, las cuales se van desarrollando junto a otras políticas de gestión sanitaria.

El éxito de cualquier política farmacéutica debe radicar en considerar la prestación farmacéu-

tica como un proceso integral donde confluyan: la oferta, la demanda, los procesos asistenciales y la “gestión del conocimiento” y cuyos objetivos deben centrarse en la optimización de resultados en salud.

Las estrategias identificadas para asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario se agrupan en tres ámbitos de actuación:

- Reforzar en el conjunto de la organización la cultura del contrato de prestación de servicios en el que dos partes acuerdan y se comprometen en alcanzar los objetivos incluidos en el contrato. Se identifican tres niveles en cascada sobre los que desplegar esta cultura:
  - Consejería de Sanidad y Servicio Murciano de Salud.
  - Servicio Murciano de Salud y centros asistenciales.
  - Centros asistenciales y servicios y unidades de gestión clínica.
- Desarrollar mejoras en la gestión económica y aprovisionamiento que actúen de una forma directa en la mejora de la eficiencia del conjunto del sistema.

- Promover un uso racional y responsable de los medicamentos que permita limitar la progresiva captación del gasto en farmacia con relación al gasto global del sistema sanitario observado en los últimos años.

### Estrategias relacionadas con el sistema sanitario:

#### Eficiencia y sostenibilidad

- E1. Incorporar en los contratos de gestión compromisos orientados a la sostenibilidad del sistema y a la mejora de la calidad y eficiencia.
- E2. Desarrollar mejoras en la gestión económica y en el aprovisionamiento enfocadas a mejorar la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.
- E3. Promover un uso adecuado de medicamentos y mejorar los sistemas de aprovisionamiento de los mismos para alcanzar un uso más eficiente de ellos.

### Indicadores clave

Sistema sanitario	Objetivos 2010
Promedio de crecimiento del gasto por población protegida. (*)	<5%
Promedio de crecimiento del gasto por población protegida en Atención Primaria. (*)	<5%
Crecimiento del gasto por población protegida en Atención Especializada. (*)	<5%
Crecimiento del gasto por población protegida en farmacia.	<5%
Desviación presupuestaria de la Consejería y SMS.	<1%
% del presupuesto con contrato de gestión.	100%
% del capítulo II gestionado por la central de compras.	20%
% del presupuesto destinado a gasto farmacéutico.	23,5%

(\*) Se excluyen en estos objetivos el gasto destinado a creación o renovación de infraestructuras sanitarias.

E1. Incorporar en los contratos de gestión compromisos orientados a la sostenibilidad del sistema y a la mejora de la calidad y eficiencia.				OBJETIVOS
				2010
E1 - 1	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Definir un contrato marco de gestión Consejería – SMS que regule las relaciones entre el financiador y el proveedor de servicios orientado a la sostenibilidad del sistema sanitario público.</b>			
INDICAD.	Definición de contrato marco de gestión	RESPS.	D.G. de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica	X
E1 - 2	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Desplegar de una forma estructurada, integral y sistemática las líneas de actuación y objetivos establecidos en el Plan de Salud y en las Estrategias Sostenibles en el contrato de la Consejería de Sanidad con el SMS y en los contratos de gestión del SMS con los centros.</b>			
	INDICAD.	% de objetivos del Plan de Salud incorporados a los contratos de gestión	RESPS.	80%
	INDICAD.	% de objetivos del Plan Estratégico incorporados a los contratos de gestión	RESPS.	80%
E1 - 3	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Despliegue en cascada del contrato de gestión a equipos de Atención Primaria, servicios y unidades mediante objetivos conocidos por todos los profesionales.</b>			
	INDICAD.	% de equipos de Atención Primaria con objetivos anuales pactados	RESPS.	100%
	INDICAD.	% de equipos de servicios y unidades con objetivos anuales pactados en los hospitales	RESPS.	100%
E1 - 4	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Estudiar la viabilidad de implantar innovaciones en la contratación de servicios sanitarios (financiación capitativa) enfocadas a alcanzar una mejor asistencia a los ciudadanos y un mejor aprovechamiento de los recursos.</b>			
	INDICAD.	Definición del modelo de financiación	RESPS.	X
INDICAD.	Implantación de modelo de financiación	RESPS.	D.G. de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica	X

E2. Desarrollar mejoras en la gestión económica y en el aprovisionamiento enfocadas a aumentar la eficiencia y sostenibilidad del sistema sanitario.				OBJETIVOS
				2010
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>Definir e implantar una central de compras para alcanzar mejores acuerdos con los proveedores de material sanitario y medicamentos.</b>				
<b>E2 - 1</b>	INDICAD.	Creación de central de compras	RESPS.	X
	INDICAD.	% del capítulo II gestionado por la central de compras	RESPS.	20%
Gerencia del SMS				
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>Mejorar el sistema de facturación a terceros con objeto de reducir las prestaciones no facturadas a compañías de seguros y pacientes privados.</b>				
<b>E2 - 2</b>	INDICAD.	Estudio y definición de nuevo sistema	RESPS.	X
	INDICAD.	% de lo cobrado sobre facturado	RESPS.	95%
D.G. de Régimen Económico y Prestaciones				
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>Incorporar un sistema de reversión de las facturaciones a terceros a los centros.</b>				
<b>E2 - 3</b>	INDICAD.	% de la facturación revertida a los centros	RESPS.	50%
	Gerencia del SMS D.G. de Régimen Económico y Prestaciones			
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>Desarrollar nuevos modelos de incorporación y explotación de la alta tecnología en colaboración con los fabricantes y con centros privados.</b>				
<b>E2 - 4</b>	INDICAD.	Existencia de plan	RESPS.	X
	INDICAD.	Implantación de plan	RESPS.	X
GISCARMSA Gerentes de hospitales				
GISCARMSA Gerentes de hospitales				

E3. Promover un uso adecuado de medicamentos y mejorar los sistemas de aprovisionamiento de los mismos para alcanzar un uso más eficiente de los mismos.				OBJETIVOS
				2010
E3 - 1	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Creación de la Comisión Regional de Farmacia para el desarrollo de la política farmacéutica.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	Constitución de la Comisión Regional de Farmacia	<b>RESPS.</b>	D.G. de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica
E3 - 2	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Creación de la Oficina de Información del Medicamento a nivel regional.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	Constitución de la Oficina de Información del Medicamento	<b>RESPS.</b>	D.G. de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica
E3 - 3	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Desarrollo y actualización de una Guía Farmacoterapéutica Regional y guías especializadas en servicios.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	Publicación de la Guía Regional y las especializadas en el tiempo establecido	<b>RESPS.</b>	D.G. de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica
E3 - 4	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Impulsar la creación de los Servicios de Farmacia en Atención Primaria.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	% de equipos de Atención Primaria con apoyo de servicio de farmacia	<b>RESPS.</b>	Gerencia del SMS
E3 - 5	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Desarrollo de normativa para la atención farmacéutica en las oficinas de farmacia.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	% de oficinas de farmacia con programa de atención farmacéutica	<b>RESPS.</b>	D.G. de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica





La Consejería de Sanidad, como autoridad sanitaria regional, está obligada a liderar un proceso de desarrollo corporativo como elemento integrador e impulsor de las políticas sanitarias, de cohesión social y de ordenación territorial.

Diversos grupos de trabajo han puesto de manifiesto la necesidad de impulsar políticas corporativas que permitan mejorar la operatividad de ciertas áreas, entre ellas:

- La ordenación sanitaria regional, con el fin de alcanzar la máxima equidad territorial, buscando un apropiado equilibrio en la oferta sanitaria entre las diferentes Áreas de Salud.
- La cooperación institucional y la participación social para alcanzar un desarrollo armónico e integrador del conjunto de la sociedad.
- El apoyo a la creación y consolidación de la Red Sanitaria de Utilización Pública, en la que tanto los recursos propios como los de los proveedores externos estén al servicio de las necesidades de los ciudadanos.
- La promoción de la ayuda al desarrollo del tercer mundo, desplegando una política que permita avanzar en la solidaridad con los más desfavorecidos y contribuir a una sociedad con un desarrollo más justo y equilibrado.
- El fomento de la imagen externa de la Consejería de Sanidad y del Servicio Murciano de Salud, que explicita su compromiso con los ciudadanos y con la sociedad.

Complementariamente, los profesionales han expresado en la encuesta de clima laboral un destacado sentido de pertenencia a la organización, alineamiento que debe ser promovido para faci-

litar el alcance de las estrategias y acciones contenidas en el presente documento.

La ordenación sanitaria regional se sustenta en las Áreas de Salud. Unas Áreas en las que los cambios demográficos y sociales que se están produciendo en los últimos años no son homogéneos, tal y como ha puesto de manifiesto el Diagnóstico de Situación realizado. Por ello, es conveniente revisar de forma periódica, y en su caso actualizar, el Mapa Sanitario Regional, buscando un apropiado equilibrio entre la distribución de recursos de las diferentes Áreas y su población. Además, la reciente puesta en funcionamiento del nuevo Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, junto con los proyectos iniciados de construcción de nuevos hospitales en la Región, hacen preciso replantear y revisar esta ordenación territorial, en cuanto a Áreas de Salud se refiere.

Especial relevancia tiene la cartera de servicios de las diferente Áreas de Salud. No existe la menor duda de que hay que realizar esfuerzos para acercar los servicios a los ciudadanos. Pero no es menos cierto que determinadas prestaciones exigen su centralización y concentración, justificadas tanto por el grado de especialización que precisan (curva de aprendizaje) como por su coste. El equilibrio entre acercamiento de los servicios a los ciudadanos evitando la excesiva dispersión de los mismos es la meta a alcanzar. Un equilibrio que en la actualidad no se está dando en la asistencia materno-infantil y en la salud mental, que son objeto de una estrategia específica de desarrollo.

La cooperación institucional y la participación social constituyen otro de los desafíos que deberá de afrontar la Consejería de Sanidad en los próximos años. Murcia es una Región que por su dimensión está especialmente obligada a obtener el

máximo aprovechamiento de sus recursos y a buscar la cooperación con todas aquellas instituciones que prestan servicios relacionados con su misión o que son claves para la salud o el bienestar de la sociedad. Entre éstas mencionar especialmente a la Consejería de Trabajo y Política Social y a la Consejería de Educación.

El Plan de Salud 2003-2007 de la Región de Murcia establece la conveniencia de utilizar todos los recursos disponibles para la mejora de la asistencia a los ciudadanos, integrándolos en una Red Sanitaria de Utilización Pública que incorpore recursos públicos y privados. Se reconoce que el sector público nunca alcanzará la autosuficiencia asistencial total, por lo que deberá de establecer políticas de alianzas y complementariedad con el sector privado. Algunas prestaciones son facilitadas por proveedores privados, como el transporte sanitario, la oxigenoterapia domiciliaria o la diálisis.

Asimismo, valora las dificultades del sector público para afrontar aisladamente las incertidumbres provocadas por diversos acontecimientos inevitables, como los picos de demanda asistencial, las catástrofes o los conflictos laborales. Por todo ello, se considera imprescindible que los sectores público y privado se complementen y encaucen sus relaciones con base en alianzas que les permitan cooperar y aportar valor a sus respectivos intereses y al conjunto de la sociedad. Esta complementariedad debería considerar las siguientes exigencias:

- La concertación de prestaciones no debe de poner en riesgo la continuidad de la asistencia.

- Es imprescindible exigir a los proveedores unos requerimientos básicos para garantizar la calidad de las prestaciones.
- El sistema de derivación y contraderivación de pacientes debería de sustentarse en un sistema de información ágil y con un funcionamiento en tiempo real que permita conocer en todo momento el estado de tramitación de la prestación.

En relación con la ayuda al desarrollo es necesario reconocer que en la actualidad no existe una política institucional al respecto, lo que no impide reconocer la colaboración de muchos profesionales y de algunos centros del sistema sanitario con diversas ONGs. Sin embargo, la dispersión de estas iniciativas y los escasos recursos destinados a estas actividades hacen que las potencialidades sean mucho mayores. Por otra parte, el compromiso de las sociedades más avanzadas con las que están en desarrollo es una exigencia ética, social y política, siendo esta afirmación especialmente relevante en el sector salud. Por todo ello, se plantea un liderazgo institucional en esta materia a través del desarrollo de acciones para el fomento y extensión de esta cooperación.

Por último, comentar la promoción de la imagen externa de la sanidad murciana. A través de esta iniciativa se pretende informar a los ciudadanos para que conozcan el sistema sanitario e incrementen su confianza y seguridad con el mismo, a la vez que promocionar estilos saludables de vida que tanta importancia tienen en la protección de la salud individual.

## Estrategias relacionadas con el

### Desarrollo corporativo:

#### Desarrollo corporativo

- DC1. Definir la estructura organizativa de la Consejería de Sanidad y del SMS para alcanzar un desarrollo sostenible, definiendo un modelo de gestión y organización territorial.
- DC2. Diseño y desarrollo de un Cuadro de Mando Integral (CMI) para el conjunto del SMS que responda a las necesidades de gestión presentes y futuras de todos los niveles de responsabilidad de la organización.
- DC3. Garantizar la calidad de las prestaciones asistenciales realizadas por proveedores externos.

- DC4. Desarrollar una política de concertación de prestaciones con proveedores externos enfocada a complementar al sector público y a consolidar la red sanitaria de utilización pública.
- DC5. Fomentar la inclusión de los aspectos sociales en las organizaciones sanitarias a través de marcos de cooperación permanente entre diversas instituciones y articulando cauces de participación social.
- DC6. Implicación de la sanidad en los aspectos de cooperación al desarrollo y ayuda humanitaria que le sean específicos como cauce de solidaridad internacional.
- DC7. Transmitir al ciudadano y a los profesionales una imagen corporativa coherente con sus propósitos y deseos a través de un plan de comunicación externo e interno.

## Indicadores clave

Desarrollo corporativo	Objetivos 2010
Actualización del Mapa Sanitario y distribución de recursos por criterios poblacionales.	X
% de Áreas de Salud con gerencia única.	75%
% de directivos y mandos intermedios que disponen de un Cuadro de Mando Integral.	100%
% del gasto en conciertos con informe anual de calidad de prestaciones.	100%
% de Áreas de Salud con el modelo de atención socio-sanitaria implantado.	100%
Existencia de un plan de comunicación interno.	X
Existencia de un plan de comunicación externo.	X

DC1. Definir la estructura organizativa de la Consejería de Sanidad y del SMS para alcanzar un desarrollo sostenible, definiendo un modelo de gestión y organización territorial.				OBJETIVOS	
				2010	
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>					
DC1 - 1	<b>Actualizar el Mapa Sanitario de la Región.</b>				
	INDICAD.	Nuevo Mapa Sanitario	RESPS.	D.G. de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica	X
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>					
DC1 - 2	<b>Crear una sistemática para ordenar y distribuir recursos por parámetros poblacionales.</b>				
	INDICAD.	Elaboración de documentaciones con definición de estándares	RESPS.	D.G. de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica	X
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>					
DC1 - 3	<b>Evaluar las experiencias de implantación de las Gerencias Únicas de Área y desplegar este modelo al conjunto en el SMS.</b>				
	INDICAD.	Evaluación del desarrollo del Programa de Gerencias de Área	RESPS.	D.G. de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica	X
	INDICAD.	% de Áreas de Salud con gerencia única	RESPS.	Gerencia del SMS	75%
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>					
DC1 - 4	<b>Evaluar las experiencias de implantación de los nuevos modelos de gestión: fundaciones, participación pública-privada y, en su caso, extender estos modelos en el SMS.</b>				
	INDICAD.	Evaluación, definición de modelo y plan de acción	RESPS.	D.G. de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica	X

DC2. Diseño y desarrollo de un Cuadro de Mando Integral (CMI) para el conjunto del SMS que responda a las necesidades de gestión presentes y futuras de todos los niveles de responsabilidad de la organización.				OBJETIVOS
				2010
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
DC2 - 1	<b>Creación de un comité corporativo para el diseño, desarrollo y actualización del Cuadro de Mando en el que estén representados todos los niveles de responsabilidad.</b>			
	INDICAD.	Creación del registro de indicadores clave	RESPS.	D.G. de Régimen Económico y Prestaciones
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
DC2 - 2	<b>Diseño y desarrollo de una aplicación informática que gestione el Cuadro de Mando.</b>			
	INDICAD.	% de directivos y mandos intermedios con acceso a CMI	RESPS.	D.G. de Régimen Económico y Prestaciones

DC3. Garantizar la calidad de las prestaciones asistenciales realizadas por proveedores externos.		OBJETIVOS	
		2010	
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
DC3 - 1	<b>Definir e implantar un sistema de requerimientos mínimos necesarios para concertar servicios con el SMS.</b>		
	INDICAD.	RESPS.	
	% del presupuesto en conciertos con un sistema de requerimientos de calidad	D.G. de Régimen Económico y Prestaciones	100%
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
DC3 - 2	<b>Regular la obligatoriedad de que cada centro concertado emita un informe anual de calidad de la asistencia prestada que al menos incorpore una valoración de la satisfacción del usuario realizada por una empresa independiente.</b>		
	INDICAD.	RESPS.	
	% del presupuesto en conciertos con un sistema de evaluación de calidad	D.G. de Régimen Económico y Prestaciones	100%
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
DC3 - 3	<b>Incorporar en los baremos de los criterios técnicos de adjudicación de los concursos de conciertos los sistemas de garantía de calidad (EFQM, ISO, acreditaciones) de los que dispone el ofertante.</b>		
	INDICAD.	RESPS.	
	% de puntuación del concurso dependiente de los criterios de calidad	D.G. de Régimen Económico y Prestaciones	20%

DC4. Desarrollar una política de concertación de prestaciones con proveedores externos enfocada a complementar al sector público y a consolidar la Red Sanitaria de Utilización Pública.				OBJETIVOS
				2010
DC4 - 1	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Definir y comunicar con carácter anual una política de concertación con proveedores externos que permita complementar al SMS.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	Informe anual sobre política de concertación	<b>RESPS.</b>	D.G. de Asistencia Sanitaria D.G. de Régimen Económico y Prestaciones
DC4 - 2	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Potenciar el desarrollo y consolidación de la Red Sanitaria de Utilización Pública, promoviendo la contratación a centros privados de servicios en los que el sector público aporte recursos humanos, explotando con mayor intensidad el modelo de contratos utilizados para los cupos quirúrgicos.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	% del presupuesto de conciertos destinado a prestaciones asistenciales para contratar servicios en el modelo de cupo	<b>RESPS.</b>	D.G. de Asistencia Sanitaria D.G. de Régimen Económico y Prestaciones
DC4 - 3	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Definir una sistemática de gestión de los conciertos en la que se establezcan los niveles de responsabilidad y la distribución de atribuciones entre los servicios centrales y los centros, complementada por un circuito y sistema de información interactivo para conocer en tiempo real la derivación y contraderivación del paciente a proveedores externos y el estado de tramitación de la prestación.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	Diseño de normativa % de pacientes derivados registrados en el sistema de información	<b>RESPS.</b>	D.G. de Asistencia Sanitaria
DC4 - 4	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Definir e implantar un sistema de tarifas que promueva la calidad y la eficiencia.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	% del presupuesto destinado a contrato por cobertura poblacional o procesos integrales	<b>RESPS.</b>	D.G. de Régimen Económico y Prestaciones
DC4 - 5	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Desarrollar una política de cooperación y coordinación con aseguradores y prestadores privados para la asistencia a la población extranjera con residencia temporal.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	% de turistas atendidos por proveedores privados	<b>RESPS.</b>	D.G. de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica


DC5. Fomentar la inclusión de los aspectos sociales en las organizaciones sanitarias a través de marcos de cooperación permanente entre diversas instituciones y articulando cauces de participación social.				OBJETIVOS	
				2010	
DC5 - 1	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	Definir con la Consejería de Trabajo y Política Social un marco de relación entre los sistemas sanitario y social que permita facilitar el acceso a prestaciones a los ciudadanos y promueva una adecuada utilización de los recursos.				
	INDICAD.	Publicación de los acuerdos y marco de colaboración	RESPS.	Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano	X
DC5 - 2	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	Definir a nivel de Área de Salud un modelo de prestación de servicios socio-sanitarios que establezca la cartera de servicios y los procesos de coordinación entre los profesionales de la Consejería de Trabajo y Política Social y los de Sanidad.				
	INDICAD.	Publicación del modelo de atención en el Área de Salud	RESPS.	D.G. de Asistencia Sanitaria	SÍ
	INDICAD.	% de Áreas de Salud con el modelo implantado	RESPS.	Gerentes de Centros	100%
DC5 - 3	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	Definir y desarrollar un sistema de información que normalice la atención integral desde el ámbito social y sanitario.				
	INDICAD.	Desarrollo del sistema de información integral	RESPS.	D.G. de Asistencia Sanitaria	X
	INDICAD.	% de Áreas Sanitarias con el sistema de información implantado	RESPS.	Gerentes de Centros	80%
DC5 - 4	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	Crear alianzas estables de colaboración de las instituciones sanitarias con otras instituciones públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales y otras redes relevantes.				
	INDICAD.	Nº de convenios estables con instituciones	RESPS.		5
	INDICAD.	Nº de grupos de trabajo mixtos con instituciones	RESPS.	Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano	10
	INDICAD.	Nº de grupos de voluntariado activo en instituciones	RESPS.		4
INDICAD.	Nº de foros establecidos de participación social	RESPS.	Secretaría General de Sanidad	8	

DC5. Fomentar la inclusión de los aspectos sociales en las organizaciones sanitarias a través de marcos de cooperación permanente entre diversas instituciones y articulando cauces de participación social. (Continuación)				OBJETIVOS
				2010
DC5 - 5	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Impulsar las actividades socio-culturales en los centros sanitarios fomentando la participación con la sociedad.</b>			
	INDICAD.	Nº de actividades / centro	RESPS.	2
	INDICAD.	Nº de centros con programa de actividades socioculturales	RESPS.	100%
Gerentes de Centro				
DC5 - 6	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Desarrollar líneas de actuación conjunta para la promoción de la salud entre los sectores sanitario y educativo.</b>			
	INDICAD.	Convenio de colaboración entre Consejería de Educación y Sanidad	RESPS.	X
D.G. de Salud Pública				

DC6. Implicación de la sanidad en los aspectos de cooperación al desarrollo y ayuda humanitaria que le sean específicos como cauce de solidaridad internacional.				OBJETIVOS
				2010
DC6 - 1	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Crear una agencia o unidad de apoyo en la Consejería para el fomento y desarrollo de la cooperación con los países del tercer mundo.</b>			
INDICAD.	Creación de la agencia o unidad de apoyo para la cooperación	RESPS.	Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano	X
DC6 - 2	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Establecer mecanismos de cooperación estable en ayuda humanitaria en catástrofes y emergencias socio-sanitarias en colaboración con otras instituciones.</b>			
	INDICAD.	Definición del equipo de actuación ante emergencias	RESPS.	X
Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano				
DC6 - 3	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Incorporar en el marco normativo laboral facilidades a los trabajadores para favorecer la cooperación con los países en desarrollo.</b>			
INDICAD.	Regulación en el marco laboral de la cooperación internacional	RESPS.	D.G. de Recursos Humanos	X



DC7. Transmitir al ciudadano y a los profesionales una imagen corporativa coherente con sus propósitos y deseos a través de un plan de comunicación externo e interno.				OBJETIVOS	
				2010	
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>					
<b>Desarrollo de un plan de comunicación externo e interno que fomente la imagen corporativa de la Consejería y SMS y su implantación con la sociedad.</b>					
DC7 - 1	INDICAD.	Existencia de un plan de comunicación externo por niveles	RESPS.	Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano	X
	INDICAD.	Existencia de un plan de comunicación interno por niveles	RESPS.	Gerencia del SMS	X
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>					
<b>Mejorar la comunicación con la población mediante tecnología Web y otros medios de comunicación.</b>					
DC7 - 2	INDICAD.	Creación y mantenimiento de un portal Web informativo con recursos tales como agenda, información...	RESPS.	Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano	X
	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>Potenciar la imagen corporativa institucional.</b>					
DC7 - 3	INDICAD.	Normalización y desarrollo de imagen corporativa	RESPS.	Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano Gerencia del SMS	X
	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>Mejorar la comunicación a la población en las alertas sanitarias.</b>					
DC7 - 4	INDICAD.	Definir criterios de comunicación de alertas sanitarias a la población	RESPS.	D.G. de Salud Pública Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano	X
	INDICAD.	Nº de comunicaciones de alerta cumpliendo criterios de adecuación / Total con alerta	RESPS.		100%



**Sistemas de información**

La Consejería de Sanidad de la Región de Murcia ha realizado una clara apuesta para explotar las tecnologías de la información y comunicación (TIC) como apoyo a los procesos asistenciales y a su modelo de gestión. Esta apuesta se ha formalizado en el desarrollo del **Plan Director de Sistemas de Información del SMS (PDSIS)** elaborado en el año 2003 y que plantea un ambicioso proyecto de inversión e implantación de sistemas de información que permitirá que la Región de Murcia lidere en el conjunto del Sistema Nacional de Salud la explotación de las TIC.

Sin embargo, esta posición de liderazgo no está exenta de problemas vinculados tanto al nivel de desarrollo de las aplicaciones informáticas como a la madurez de la organización para asumir e interiorizar una innovación de este calado. Estos problemas están provocando que las fases previstas inicialmente en el PDSIS no se estén cumpliendo e incluso que en algunos ámbitos se considere que existen problemas de enfoque en la definición del proyecto. De estas evidencias surge la necesidad de actualizar y ajustar el PDSIS para adaptarlo a la situación actual de desarrollo, incorporando el aprendizaje obtenido con el trabajo desarrollado en estos dos años.

El PDSIS se sustenta en la integración de todas las aplicaciones informáticas y su alcance es de gran magnitud, incorporando soluciones para los procesos asistenciales en Atención Primaria y Especializada (historia clínica electrónica), las soluciones departamentales, los sistemas de gestión

de pacientes, el apoyo a la gestión de los centros (RRHH y gestión económica) y el Cuadro de Mando Integral.

Complementando a este Plan, el SMS ha realizado un importante trabajo de reingeniería de procesos a través de la constitución de siete grupos de trabajo en los que participaron 470 profesionales. Cada uno de ellos, y dentro de su ámbito de actuación, ha definido la situación actual de los procesos, el diseño del mejor circuito operativo y los requerimientos que deben de incorporar las soluciones informáticas. Se considera este trabajo de gran calidad, habiendo generado grandes expectativas en los profesionales, que en algún caso pueden ser de difícil satisfacción en la práctica real.

Por otra parte, Murcia tiene un grado de desarrollo informático en Atención Primaria muy importante, con un 75% de profesionales con HC electrónica. En la Atención Especializada, también tuvo en el INSALUD un importante liderazgo en el desarrollo informático, que culminaría con la implantación del PDSIS.

Por último, comentar que en la actualidad existe una potente plataforma de servicios, **Murcia Salud**, como herramienta para la comunicación interna y externa de la Consejería de Sanidad y SMS.

Sin embargo, y como se ha comentado previamente, existen problemas con el despliegue del PDSIS que pueden ser sintetizados en los siguientes puntos:

- Se están produciendo importantes desfases entre el trabajo de reingeniería de procesos y su incorporación a las soluciones informáticas, lo que está provocando serios problemas operativos y de credibilidad del proyecto. En concreto, la aplicación de gestión de pacientes tie-

ne un menor desarrollo y funcionalidad del esperado, lo que está produciendo problemas operativos que en algunos casos afectan al usuario-paciente.

- Se reconocen problemas de seguimiento del proyecto y la falta de un sistema de garantía de calidad en la implantación de las soluciones.
- La velocidad en implantar las soluciones y resolver los problemas detectados es menor a la esperada.
- El PDSIS no incorpora las necesidades de información de la Consejería de Sanidad y en su diseño no considera las necesidades de información para la gestión de la salud pública y para la planificación y evaluación del sistema sanitario.
- La seguridad y confidencialidad de la información deben de ser mejoradas hasta alcanzar una plena garantía, en consonancia con las exigencias de la práctica clínica y de la normativa vigente.
- Las soluciones departamentales están sin integrar en la HC electrónica de Atención Primaria y Atención Especializada.

Como consecuencia de todas estas reflexiones, las estrategias y líneas de actuación identificadas están orientadas a garantizar la sostenibilidad del PDSIS, actualizando y ajustando sus contenidos e incorporando nuevas áreas de desarrollo no previstas en su diseño original, pero que en la actualidad se consideran necesarias en una visión que alcanza un período de actuación que llega hasta el año 2010. Estas orientaciones se pueden sintetizar en los siguientes puntos:

1. Consolidar e integrar las aplicaciones de gestión de pacientes y apoyo a la práctica clínica:
  - Consolidando e integrando todas las aplicaciones de gestión de pacientes con objeto de alcanzar un sistema que gestione integralmente la planificación de actividades con criterios de mínimos contactos, comunicación entre niveles y servicios y máxima agilidad.
  - Desarrollando e integrando las soluciones departamentales (laboratorios, anatomía patológica, radiodiagnóstico, farmacia, etc.) con la historia clínica de los dos niveles asistenciales.
  - Actualizando las versiones de OMI-AP y ampliando su despliegue hasta universalizar la informatización de la Atención Primaria.
2. Establecer una metodología para la implantación, ajuste y evaluación de las soluciones implantadas:
  - Reforzando el funcionamiento de los Comités Ejecutivo y de Seguimiento.
  - Diseñando una sistemática de gestión de implantaciones que incluya elementos de capacitación, comunicación, ajuste y evaluación de las mismas.
  - Diseñando e implantando un sistema de garantía de calidad de las soluciones implantadas.
  - Desarrollando específicamente una estrategia de satisfacción y comunicación con los usuarios.
3. Integrar a la Consejería de Sanidad en el PDSIS.
  - Participando en los órganos de seguimiento del proyecto.
  - Creando un Grupo de Trabajo de Salud Pública y Planificación y Evaluación del Sistema Sanitario vinculado al Cuadro de Mando Integral.

4. Garantizar la seguridad de la información acorde con los requerimientos de la legislación actual bajo dos perspectivas:

- Garantía de confidencialidad de la información clínica.
- Seguridad en el almacenamiento de la información.

Por otra parte, es preciso aludir a la relación de los usuarios con el sistema utilizando las oportunidades de las TIC. Los usuarios acceden a las herramientas informáticas cada vez con mayor intensidad y las nuevas generaciones van a querer interactuar con el sistema a través de las mismas. Las administraciones públicas deben responder a estas demandas acercando y facilitando al ciudadano sus servicios vía telemática (información, e-administración, telemedicina, educación sanitaria, servicios de apoyo a los propios profesionales...). Un **plan de “e-salud”** se impone para dar respuesta a estos retos.

Por último, se ha de indicar que, dado el dinamismo intrínseco del sector y la incierta coyuntura actual, el área de sistemas de información requiere de un nuevo replanteamiento en el primer semestre de 2008 que valore la situación de las implantaciones en ese momento y actualice los objetivos y metas a alcanzar.

## Estrategias relacionadas con los Sistemas de información:

### Sistemas de información

- SI1. Desarrollar en el corto plazo un plan de revisión y ajuste del PDSIS que permita actualizar sus directrices estratégicas, objetivos y secuencia y períodos de implantación, considerando la experiencia y aprendizaje adquirido y la capacidad de los centros en aplicar las innovaciones, todo ello con el objetivo de alcanzar un desarrollo sostenible del proyecto.
- SI2. Reforzar el despliegue, evaluación y mejora de las aplicaciones informáticas.
- SI3. Consolidar los sistemas de soporte a la implantación y mantenimiento de las aplicaciones informáticas.
- SI4. Desarrollar un Plan de Seguridad Integral de Aplicaciones e Infraestructuras Informáticas que garantice la seguridad y confidencialidad de la información registrada y el cumplimiento de la normativa vigente en dicha materia.
- SI5. Desarrollar un plan de “e-salud” para informar a los ciudadanos, mejorar la comunicación con los usuarios y facilitar la tramitación de prestaciones asistenciales.

## Indicadores clave

Sistemas de información	Objetivos 2010
% de equipos de Atención Primaria con OMI implantado.	100%
% de servicios con HC electrónica implantada.	90%
% de centros con implantación de los sistemas de gestión de pacientes.	100%
% de implantación de las soluciones departamentales.	100%
% de implantaciones con sistema de garantía de calidad aplicado.	100%

S11. Desarrollar en el corto plazo un plan de revisión y ajuste del PDSIS que permita actualizar sus directrices estratégicas, objetivos y secuencia y períodos de implantación, considerando la experiencia y aprendizaje adquiridos y la capacidad de los centros en aplicar las innovaciones. Todo ello con el objetivo de alcanzar un desarrollo sostenible del proyecto.				OBJETIVOS
				2010
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>S11 - 1</b> Desarrollar un plan para identificar resultados accesibles en el corto plazo y desarrollar acciones para alcanzarlos.				
<b>INDICAD.</b>	Nº de resultados identificados y alcanzados antes de Dic-05	<b>RESPS.</b>	Comité de Seguimiento del PDSIS	X
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>S11 - 2</b> Reforzar el funcionamiento de los órganos de dirección, gestión, seguimiento y control del PDSIS.				
<b>INDICAD.</b>	Nº de reuniones del Comité Ejecutivo y Comité de Seguimiento	<b>RESPS.</b>	Gerencia del SMS	8
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>S11 - 3</b> Diseño de un sistema de gestión de problemas detectados en las implantaciones para mejorar las aplicaciones y resolver los problemas de los centros alcanzando un nivel razonable de resolutiveidad de los mismos.				
<b>INDICAD.</b>	Puesta en marcha de un Registro de Problemas con registro de relevancia y tiempo de solución. Tiempo medio de solución de problemas estratificado por relevancia	<b>RESPS.</b>	D.G. de Régimen Económico y Prestaciones	X
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>S11 - 4</b> Realizar un informe de situación del PDSIS que incorpore una profunda revisión y ajuste de sus fases y cronograma de implantación para adaptarlo a la situación actual del proyecto, considerando el aprendizaje adquirido y los problemas surgidos a lo largo de su desarrollo.				
<b>INDICAD.</b>	Edición del informe	<b>RESPS.</b>	Comité de Seguimiento del PDSIS Gerencia del SMS	X
<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
<b>S11 - 5</b> Diseñar e implantar un sistema de garantía de calidad de implantaciones, comprometiendo al proveedor del servicio.				
<b>INDICAD.</b>	Diseño del sistema de garantía de calidad	<b>RESPS.</b>	D.G. de Régimen Económico y Prestaciones	X
<b>INDICAD.</b>	% de implantaciones con sistemas de garantía de calidad aplicados	<b>RESPS.</b>		100%

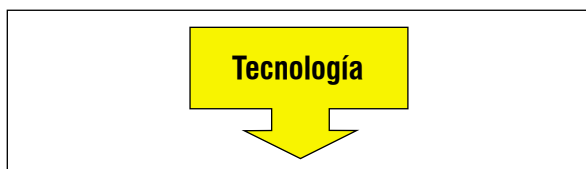
SI2. Reforzar el despliegue, evaluación y mejora de las aplicaciones informáticas.			OBJETIVOS	
			2010	
SI2 - 1	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Desplegar la HC electrónica en Atención Primaria.</b>			
INDICAD.	% de equipos de Atención Primaria con OMI implantado	RESPS.	Gerencia de Centros	100%
SI2 - 2	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Desplegar la HC electrónica en Atención Especializada.</b>			
INDICAD.	% de servicios con HC electrónica implantada	RESPS.	Gerencia de Centros	90%
SI2 - 3	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Desplegar la Base de Datos de Usuarios (BDU).</b>			
INDICAD.	% de centros con acceso a BDU	RESPS.	D.G. de Régimen Económico y Prestaciones	100%
SI2 - 4	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Desplegar las aplicaciones de gestión de pacientes: admisión, documentación y atención al paciente.</b>			
INDICAD.	% de centros y grado de implantación de los sistemas de gestión de pacientes	RESPS.	Gerencia de Centros	100%
SI2 - 5	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Diseñar y desarrollar un plan de integración de aplicaciones que permita compartir información clínica entre la Atención Primaria y Atención Especializada y vincular de la información asistencial con los datos de promoción y protección de la salud.</b>			
INDICAD.	% de facultativos de Atención Primaria con acceso a la información clínica hospitalaria	RESPS.	D.G. de Régimen Económico y Prestaciones	100%
SI2 - 6	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Desplegar las aplicaciones departamentales: laboratorio, farmacia, anatomía patológica, RIS-PAC y banco de sangre.</b>			
INDICAD.	% de centros con aplicaciones departamentales implantadas (indicador para cada una de las soluciones)	RESPS.	Gerencia de Centros	100%
SI2 - 7	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Desplegar las aplicaciones de recursos humanos.</b>			
INDICAD.	% de centros con soluciones implantadas	RESPS.	Gerencia de Centros	100%
SI2 - 8	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Desplegar las aplicaciones de gestión económica y contabilidad analítica.</b>			
INDICAD.	% de centros con contabilidad analítica implantada	RESPS.	Gerencia de Centros	100%

S13. Consolidar los sistemas de soporte a la implantación y mantenimiento de las aplicaciones informáticas.				OBJETIVOS	
				2010	
S13 - 1	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Diseño e implantación de un sistema para la capacitación de los profesionales en el manejo de nuevas aplicaciones y de formación continuada para las actualizaciones.</b>				
	<b>INDICAD.</b>	% de profesionales que han recibido formación previa a la implantación	<b>RESPS.</b>	D.G. de Régimen Económico y Prestaciones	100%
S13 - 2	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Diseñar e implantar un sistema de atención al usuario y de mantenimiento de equipos que permita resolver las incidencias.</b>				
	<b>INDICAD.</b>	% de usuarios con un sistema de atención y mantenimiento de soporte Índice de satisfacción del usuario con el servicio	<b>RESPS.</b>	D.G. de Régimen Económico y Prestaciones	100%
S13 - 3	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Diseñar e implantar un sistema corporativo para la incorporación de mejoras en las soluciones informáticas estructurado en torno a grupos de trabajo para las diferentes áreas operativas.</b>				
	<b>INDICAD.</b>	% de proyectos con grupos de trabajo que se reúne al menos seis veces al año	<b>RESPS.</b>	D.G. de Régimen Económico y Prestaciones	100%
S13 - 4	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Diseñar e implantar un sistema de comunicación con los centros y usuarios que permita informarles de la marcha e innovaciones de los proyectos y simultáneamente evaluar su satisfacción con los aplicativos implantados.</b>				
	<b>INDICAD.</b>	Nº de acciones anuales de comunicación	<b>RESPS.</b>	D.G. de Régimen Económico y Prestaciones	2
S13 - 5	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Consolidar y reforzar el funcionamiento de los Servicios de Informática a través del reconocimiento de la categoría profesional, promoviendo la estabilidad en el empleo.</b>				
	<b>INDICAD.</b>	Reconocimiento de las categorías profesionales	<b>RESPS.</b>	Gerencia del SMS	X
S13 - 6	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Diseñar e implantar un sistema de comunicaciones que garantice un servicio seguro y rápido para el soporte de las aplicaciones de salud.</b>				
	<b>INDICAD.</b>	% de terminales con unos requerimientos mínimos de rapidez y seguridad en las comunicaciones	<b>RESPS.</b>	D.G. de Régimen Económico y Prestaciones	100%

SI4. Desarrollar un Plan de Seguridad Integral de Aplicaciones e Infraestructuras Informáticas que garantice la seguridad y confidencialidad de la información registrada y el cumplimiento de la normativa vigente en dicha materia.				OBJETIVOS
				2010
SI4 - 1	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Implantar un sistema de mantenimiento y seguridad de las infraestructuras informáticas (equipos y comunicaciones) que incorpore el análisis de riesgo y las alternativas para su prevención y corrección.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	% de centros con un sistema de seguridad implantado	<b>RESPS.</b>	D.G. de Régimen Económico y Prestaciones 100%
SI4 - 2	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Definir un plan específico para adecuar la organización a las exigencias de la normativa vigente en relación con la protección de datos.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	Grado de adecuación a la normativa vigente en materia de protección de datos	<b>RESPS.</b>	D.G. de Régimen Económico y Prestaciones 100%
SI4 - 3	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Definir e implantar un sistema de garantía de confidencialidad de la información que preserve la intimidad de los ciudadanos y limite el acceso a la información exclusivamente a los profesionales que lo necesiten para atender al paciente.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	% de centros con un sistema de confidencialidad implantado	<b>RESPS.</b>	Gerencia del SMS 100%
SI4 - 4	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Creación de un comité corporativo en cada uno de los centros para velar por la seguridad y confidencialidad de la información.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	% de centros con comité constituido y con al menos cuatro reuniones al año	<b>RESPS.</b>	D.G. de Régimen Económico y Prestaciones Gerencias de Centros 100%



S15. Desarrollar un plan de “e-salud” para informar a los ciudadanos, mejorar la comunicación con los usuarios y facilitar la tramitación de prestaciones asistenciales.				OBJETIVOS
				2010
S15 - 1	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	Desarrollar un sistema de información al ciudadano vía Web.			
	INDICAD.	Existencia de plan	RESPS.	Secretaría General de Sanidad
	INDICAD.	Implantación del plan	RESPS.	
			X	
			X	
S15 - 2	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	Desarrollar un plan de educación para la salud utilizando nuevas tecnologías.			
	INDICAD.	Existencia de plan	RESPS.	Secretaría General de Sanidad
	INDICAD.	Implantación del plan	RESPS.	
			X	
			X	
S15 - 3	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	Desarrollar un plan de participación ciudadana vía Web.			
	INDICAD.	Existencia de plan	RESPS.	Secretaría General de Sanidad
	INDICAD.	Implantación del plan	RESPS.	
			X	
			X	
S15 - 4	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	Desarrollar un plan de acceso a servicios a través de la página Web.			
	INDICAD.	Existencia de plan	RESPS.	Secretaría General de Sanidad
	INDICAD.	Implantación del plan	RESPS.	
			X	
			X	



Las tecnologías son una parte esencial en el escenario de cambio en la asistencia sanitaria planteado a lo largo de este documento, siendo hoy una palanca esencial para dirigir la innovación en el sentido deseado. La velocidad de la respuesta y la adaptación a las transformaciones que nos rodean se ponen así en primer plano y es fundamental que el sistema sanitario se adapte a la nueva realidad, anticipándose a ella en lo posible y trasladando sus beneficios a los servicios de salud y a los usuarios mediante la **rapidez de respuesta, la humanización y la calidad**.

En un escenario donde los recursos destinados a la protección de la salud son, y siempre serán, escasos y finitos, el proceso de **evaluación de la incorporación de tecnologías** debe contemplar su aportación en la mejora de la capacidad de diagnosticar y/o tratar las enfermedades, así como el impacto económico que representan, con objeto de alcanzar un mínimo nivel de coste efectividad.

La evaluación de una tecnología para estar incorporada al sistema de salud se ha de caracterizar por una revisión sistemática y crítica, discerniendo la evidencia disponible y considerando

aspectos como la efectividad de la intervención, el análisis coste/beneficio y su potencial impacto en el sistema de salud. En otros términos, su contribución para la promoción, mantenimiento o recuperación de la salud. Por último, la ubicación del recurso tecnológico ha de responder a criterios de eficiencia y de equidad en el acceso a los recursos.

Toda esta ingente tarea debe ser realizada de una forma sistemática basada en las evidencias que aportan las agencias de evaluación de tecnologías, tanto nacionales como internacionales. Se deben identificar las intervenciones de valor para el sistema de salud y también las alternativas posibles, garantizando la rentabilidad de estos nuevos y costosos recursos.

### Estrategias relacionadas con las Tecnologías:

#### Tecnologías

- T1. Mejorar la explotación de las tecnologías disponibles fomentando su utilización adecuada, incrementando su rendimiento y mejorando su mantenimiento y actualización.
- T2. Desarrollar nuevos modelos de incorporación y contratación de tecnologías basados en estructuras de gestión más eficaces y eficientes.

### Indicadores clave

Tecnologías	Objetivos 2010
Nº de protocolos comunes para utilización, explotación y mantenimiento de tecnologías e infraestructuras.	10
% del presupuesto en alta tecnología gestionado a través de la Unidad de Innovación Tecnológica.	80%
Aprobación de la sistemática de evaluación de tecnologías.	X
Despliegue del Plan de Mantenimiento de Instalaciones.	100%
Despliegue del Plan de Mantenimiento de Electromedicina.	100%

T1. Mejorar la explotación de las tecnologías disponibles fomentando su utilización adecuada, incrementando su rendimiento y mejorando su mantenimiento y actualización.				OBJETIVOS	
				2010	
T1 - 1	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Desarrollar un Plan de Optimización de Tecnologías Existentes.</b>				
	<b>INDICAD.</b>	Existencia del Plan de Optimización	<b>RESPS.</b>	D.G. de Régimen Económico y Prestaciones D.G. de Asistencia Sanitaria	X
T1 - 2	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Desarrollar una política de concentración de tecnologías de alto coste de gestión y mantenimiento con el objeto de mejorar la efectividad y la eficiencia.</b>				
	<b>INDICAD.</b>	Definir hospitales que concentren tecnologías y sean de referencia	<b>RESPS.</b>	D.G. de Asistencia Sanitaria	X
T1 - 3	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Definir protocolos comunes para utilización, explotación y mantenimiento de tecnologías e infraestructuras del SMS.</b>				
	<b>INDICAD.</b>	Nº de protocolos aprobados en el SMS sobre infraestructuras	<b>RESPS.</b>	Secretaría General Técnica GISCARMSA	10
T1 - 4	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Creación de una Unidad de Innovación Tecnológica destinada a evaluar la incorporación y explotación de la alta tecnología y a gestionar su adquisición.</b>				
	<b>INDICAD.</b>	% del presupuesto en alta tecnología gestionado a través de la Unidad de Innovación Tecnológica	<b>RESPS.</b>	Gerencia del SMS	80%
T1 - 5	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Definir una política para evaluar la incorporación, explotación y aportaciones de las tecnologías.</b>				
	<b>INDICAD.</b>	Aprobación de la sistemática de evaluación de tecnologías	<b>RESPS.</b>	Gerencia del SMS	X
T1 - 6	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Definir y desarrollar un Plan de Mantenimiento Unificado de Instalaciones en el SMS.</b>				
	<b>INDICAD.</b>	Definición del Plan de Mantenimiento de Infraestructuras y Tecnologías	<b>RESPS.</b>	Secretaría General Técnica	X
	<b>INDICAD.</b>	Grado de implantación del plan	<b>RESPS.</b>	Gerentes de Centros Secretaría General Técnica	100%
T1 - 7	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>				
	<b>Definir y desarrollar un Plan de Mantenimiento Unificado de Electromedicina.</b>				
	<b>INDICAD.</b>	Definición del Plan de Mantenimiento de Electromedicina	<b>RESPS.</b>	Secretaría General Técnica	X
	<b>INDICAD.</b>	Grado de implantación del plan	<b>RESPS.</b>	Gerentes de Centros Secretaría General Técnica	100%

T2. Desarrollar nuevos modelos de incorporación y contratación de tecnologías basados en estructuras de gestión más eficaces y eficientes.			OBJETIVOS	
			2010	
T2 - 1	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Garantizar un acceso adecuado a las prestaciones de alta tecnología definiendo una política de concertación con centros propios o con centros concertados para aquellas en las que se detecte un déficit de oferta.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	Demora media en el acceso a alta tecnología	<b>RESPS.</b>	D.G. de Régimen Económico y Prestaciones D.G. de Asistencia Sanitaria
T2 - 2	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Aplicar nuevos modelos de gestión acordes con la Ley 5/1997, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS, que permitan una mejor explotación de las nuevas tecnologías.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	Definición de nuevas formas de gestión	<b>RESPS.</b>	Secretaría General de Sanidad
T2 - 3	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Desarrollar e implantar un Plan de Renovación de Alta Tecnología.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	Existencia y actualización del Plan de Renovación de Alta Tecnología	<b>RESPS.</b>	Secretaría General Técnica Gerencias de Centros
T2 - 4	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Desarrollar un procedimiento para la adquisición centralizada de la alta tecnología.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	Ejecución anual del Plan de Renovación Tecnológica	<b>RESPS.</b>	Secretaría General Técnica
T2 - 5	<b>LÍNEA DE ACTUACIÓN</b>			
	<b>Crear un grupo institucional para la elaboración de especificaciones técnicas, redacción de concursos y emisión de informes para la adquisición, actualización y mantenimiento de la alta tecnología.</b>			
	<b>INDICAD.</b>	Existencia del grupo institucional	<b>RESPS.</b>	Secretaría General Técnica

**SISTEMAS PARA LA  
COMUNICACIÓN,  
IMPLANTACIÓN Y  
EVALUACIÓN de las  
Estrategias  
Sostenibles**

**es+salud**



## Plan de Comunicación

Todo proceso de planificación estratégica exige un trabajo de comunicación liderado por la alta dirección. Su propósito es informar de una forma general a todos los profesionales de las orientaciones estratégicas y acciones que se desarrollarán en los próximos años, y de forma particular, sobre las acciones que les afectan de una manera directa, haciendo especial énfasis sobre la contribución de cada profesional en el alcance de las metas planteadas.

Esta labor de comunicación afectaría a:

- Reunión de presentación a los participantes en los grupos de trabajo.
- Reunión de presentación a equipos directivos de la Consejería de Sanidad y SMS.
- Reunión de presentación a los equipos directivos de Atención Primaria y Especializada y gerentes de área.
- Reuniones de presentación a los profesionales organizadas en cada centro e impartidas por sus directivos.
- Reunión de presentación al Consejo de Salud de la Región de Murcia.

Estas actividades de comunicación directa se complementan con las siguientes iniciativas:

- Distribución entre todos los profesionales de la Consejería de Sanidad y SMS de una publica-

ción síntesis de los contenidos de las Estrategias Sostenibles.

- Difusión de la publicación completa de las Estrategias Sostenibles a directivos de la Consejería de Sanidad y Servicio Murciano de Salud, participantes en grupos de trabajo y a directivos de Atención Primaria y Especializada.
- Incorporación, para su consulta y descarga, a la Web del Servicio Murciano de Salud de la versión completa de las **ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA SANIDAD DE LA REGIÓN DE MURCIA, 2005 – 2010**.
- Difusión de la publicación completa de las Estrategias Sostenibles a representantes de la sociedad.

## Implantación de las Estrategias Sostenibles

El despliegue del Plan Estratégico se realizará a través de la constitución de Grupos de Desarrollo Estratégico.

Se ha acordado constituir los siguientes grupos de trabajo:

1. **Desarrollo sostenible y promoción de la Salud Pública.**
2. **Desarrollo sostenible de las políticas de implicación de los profesionales.**

3. Desarrollo sostenible de las infraestructuras y tecnologías.
4. Organización y desarrollo corporativo de la Consejería.
5. Calidad asistencial y orientación al paciente.
6. Innovación y desarrollo de la asistencia sanitaria.
7. Coordinación y continuidad asistencial.
8. Desarrollo sostenible de políticas de colaboración con proveedores externos y de complementariedad al sector público.
9. Desarrollo sostenible de las políticas de uso racional de los medicamentos.
10. Desarrollo sostenible de la docencia e investigación sanitaria.
11. Desarrollo sostenible de las tecnologías de información y comunicación.
12. Desarrollo sostenible de políticas socio-sanitarias.
13. Contribución al progreso de la sociedad y a la preservación del medio ambiente.

Cada grupo está constituido por un coordinador y un máximo de ocho personas. El coordina-

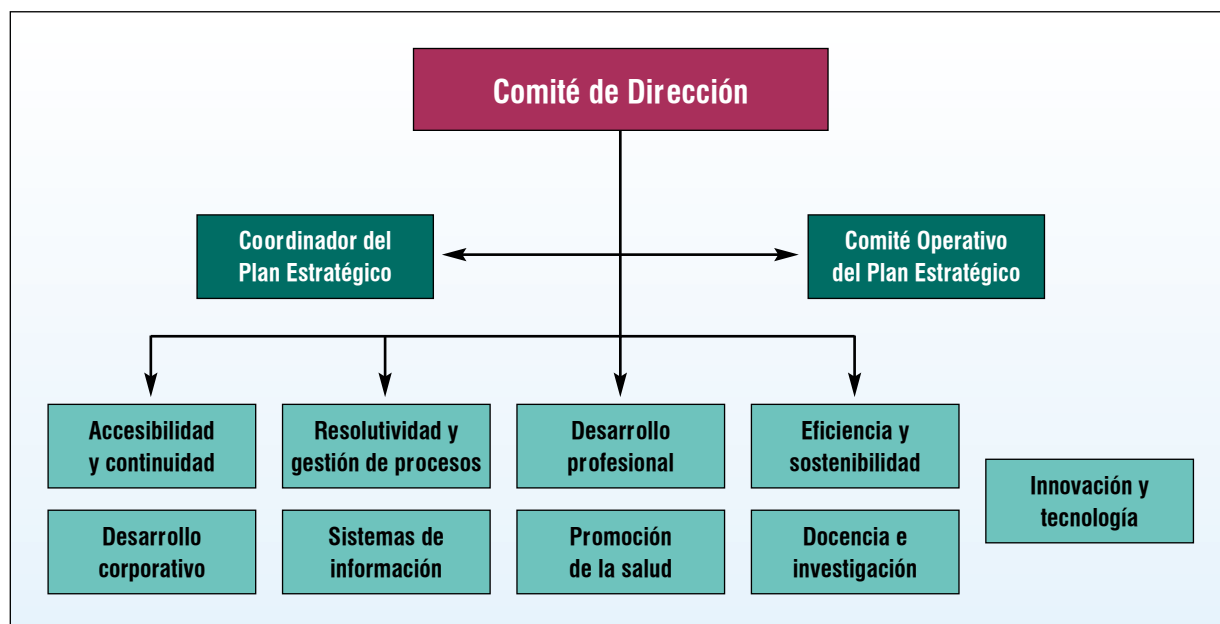
dor será la persona institucionalmente responsable del alcance de la estrategia. Dado que la mayoría de los responsables de las estrategias, especialmente de las de enfoque, son altos directivos de la Consejería de Sanidad o SMS, este cargo recaerá en la mayoría de los grupos en un rango no inferior al de director general.

Las funciones de estos Grupos de Desarrollo Estratégico son:

- Impulsar el desarrollo de las estrategias básicas asignadas al grupo.
- Implantar acciones para el alcance de las estrategias definidas.
- Crear grupos de mejora para el desarrollo de las líneas de actuación.
- Evaluar, a través de los indicadores, la consecución de las metas previstas.

### Seguimiento del Plan Estratégico

El seguimiento del Plan Estratégico será realizado por el Comité de Dirección de la Consejería de Sanidad. A tal fin se confeccionará un cuadro





de seguimiento estratégico con los indicadores clave de cada Línea Estratégica Básica. Para cada uno de ellos se especificará si se ha logrado la meta prevista, calculándose de una forma simultánea dos indicadores de grado de ejecución del Plan Estratégico:

- Porcentaje de consecución de los objetivos previstos para el año con base al grado de alcance de las metas planteadas a cada uno de los indicadores clave.
- Porcentaje de despliegue del Plan Estratégico con base al grado de alcance de la meta prevista para el año 2010.

Complementariamente, cada coordinador de Grupo de Desarrollo Estratégico editará un breve informe en el que plantea:

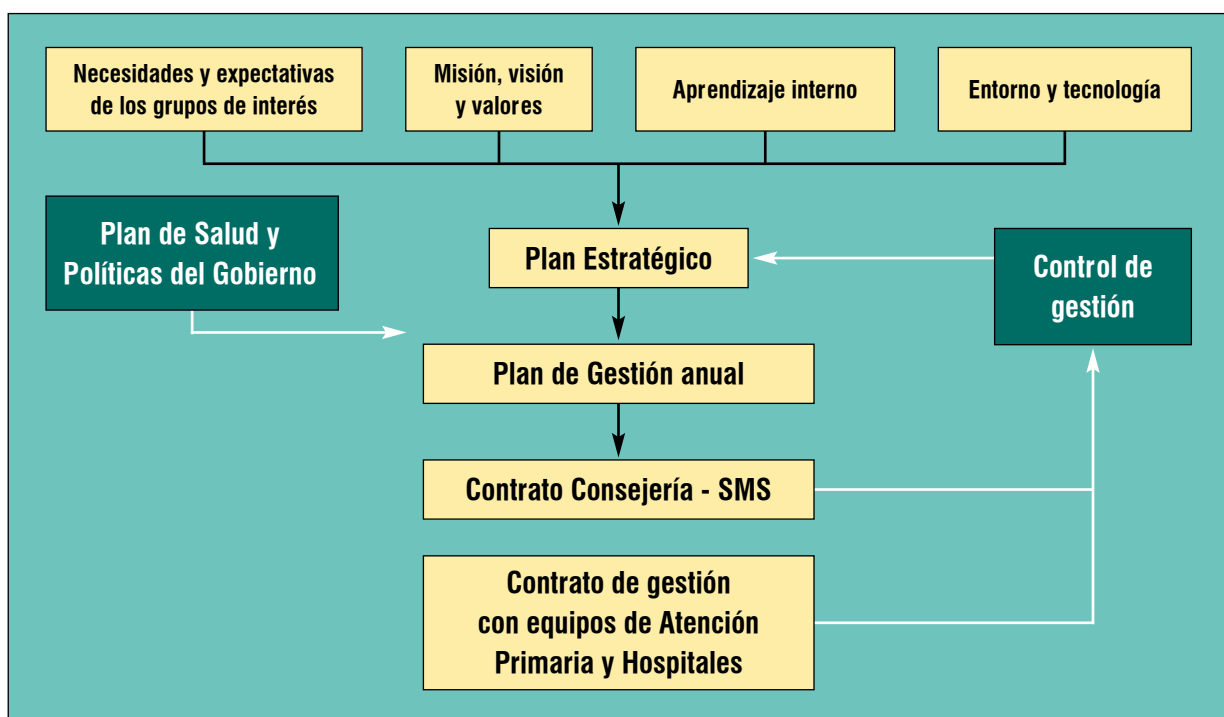
- Principales acciones desarrolladas.
- Evolución de los indicadores de seguimiento.
- Dificultades y conflictos.
- Impresión personal sobre el avance de las estrategias propuestas.

Semestralmente, el Comité de Dirección de la Consejería destinará una de sus reuniones ordinarias a evaluar el Plan Estratégico con base en los informes elaborados. Se redactará una breve acta con los principales logros alcanzados y el análisis del grado de despliegue del Plan Estratégico a través de la interpretación de la evolución de los indicadores de seguimiento.

Complementariamente, el Comité Operativo, constituido por el coordinador del Plan Estratégico y los coordinadores de los Grupos de Desarrollo Estratégico, se reunirá regularmente para coordinar estrategias e impulsar el Plan Estratégico.

### Despliegue del Plan de Salud y Estrategias Sostenibles en los contratos de gestión

La secuencia de actuaciones para desplegar en cascada los objetivos establecidos en el **PLAN DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA 2003-2007** y en las **ESTRATEGIAS PARA EL DESARRO-**



**LLO SOSTENIBLE DE LA SANIDAD DE LA REGIÓN DE MURCIA, 2005 – 2010** a lo largo de los próximos años es la siguiente:

1. Se incorporan anualmente las acciones u objetivos del Plan Estratégico en el Plan de Gestión Anual de la Consejería que se elabora en el mes de octubre.
2. Se firma un convenio con el SMS que incorpora las acciones que corresponden al proveedor de servicios.
3. Este convenio se despliega a través de los contratos de gestión que el SMS acuerda anualmente con las Gerencias de Atención Primaria y de Atención Especializada.

# **COMITÉS Y GRUPOS** **de trabajo**

**es+salud**



## Comité de Dirección

### D.<sup>a</sup> María Teresa Herranz Marín

Consejera de Sanidad.

### D. José Luis Gil Nicolás

Secretario General de Sanidad. Consejería de Sanidad.

### D. Pablo Fernández Abellán

Secretario Autonómico de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias. Consejería de Sanidad.

### D. Francisco Agulló Roca

Director General de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica. Consejería de Sanidad.

### D.<sup>a</sup> María Anunciación Tormo Domínguez

Gerente del Servicio Murciano de Salud.

### D. Domingo Coronado Romero

Director de Proyecto del Plan Estratégico. Consejería de Sanidad.

## Comité de Planificación Estratégica

### D. Domingo Coronado Romero

Director de Proyecto del Plan Estratégico. Consejería de Sanidad.

### D. Pablo Fernández Abellán

Secretario Autonómico de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias. Consejería de Sanidad.

### D. Francisco José García Ruiz

Director General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

### D. Francisco Agulló Roca

Director General de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica. Consejería de Sanidad.

### D.<sup>a</sup> Inmaculada López de Teruel Alcolea

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

### D. José M<sup>a</sup> Martínez Carrasco Tabuena

Vicesecretario. Consejería de Sanidad.

### D.<sup>a</sup> María Anunciación Tormo Domínguez

Gerente del Servicio Murciano de Salud.

### D. Alfredo Macho Fernández

Director General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud.

### D. Enrique Gallego Martín

Director General de Recursos Humanos. Servicio Murciano de Salud.

### D. Andrés Carrillo González

Director General de Régimen Económico y Prestaciones. Servicio Murciano de Salud.

### D. Joaquín Palomar Rodríguez

Jefe de Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Dirección General de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica. Consejería de Sanidad.

**D. Pablo López Arbeloa**

Consultor.

**D. Joaquín Uris Sellés**

Consultor.

### Comité Asesor

**D. Domingo Coronado Romero**

Director de Proyecto del Plan Estratégico. Consejería de Sanidad.

**D. Agustín Navarrete Montoya**

Jefe de Servicio de Oncología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. SMS.

**D. Mariano Valdés Chavarri**

Jefe de Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. SMS.

**D. Pascual Parrilla Paricio**

Jefe de Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. SMS.

**D. Vicente Vicente García**

Jefe de Servicio de Onco-hematología. Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. SMS.

**D. Ginés Madrid García**

Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. SMS.

**D. Ramón Cardós Fernández**

Jefe de Urgencias. Hospital General de Área Santa María del Rosell. SMS.

**D. Pedro Saturno Hernández**

Profesor de la Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.

**D. Rafael Bengoa Rementería**

Director de Sistemas de Salud y Evidencia e Información para la Política Sanitaria de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

**D. Pedro Pérez López**

Presidente de la Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria.

**D. Jesús Eduardo Carrasco Carrasco**

Presidente de la Sociedad Murciana de las SEMERGEN (Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista).

**D. José Antonio Piqueras López**

Presidente de la Sociedad Murciana de Medicina General (SEMG).

**D. Prudencio Rosique Robles**

Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia.

**D. Manuel del Pozo Rodríguez**

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia.

## Grupo de trabajo 1

### Desarrollo sostenible y promoción de la salud pública

#### Coordinadora: D.<sup>a</sup> Carmen Navarro Sánchez

Jefa de Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

#### D. José Jesús Guillén Pérez

Jefe de Servicio de Salud Pública de Cartagena. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

#### D. Blas Alfonso Marsilla de Pascual

Jefe de Servicio de Seguridad Alimentaria y Zoonosis. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

#### D. José Joaquín Gutiérrez García

Jefe de Servicio de Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

#### D. José Antonio Navarro Alonso

Jefe de Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

#### D. Eduardo González Martínez-La Cuesta

Jefe de los Servicios Municipales de Salud. Ayuntamiento de Murcia.

#### D. Juan José Pedreño Planes

Coordinador Médico. Centro de Salud Murcia – Infante Juan Manuel. SMS.

#### D. Joaquín Uris Sellés

Consultor.

## Grupo de trabajo 2

### Desarrollo sostenible de las políticas de implicación de los profesionales

#### Coordinador: D. Enrique Gallego Martín

Director General de Recursos Humanos. Servicio Murciano de Salud.

#### D. Diego María Cola Palao

Director General de Administración Local. Consejería de Presidencia.

#### D. Juan Pedro Serna Mármol

Jefe de Servicio de Formación Continuada, Docencia e Investigación. Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria. Consejería de Sanidad.

#### D. Carlos Contreras López

Subdirector General de Recursos Humanos. Dirección General de Recursos Humanos. Servicio Murciano de Salud.

#### D.<sup>a</sup> Mercedes Pérez Andrés

Coordinadora de Prevención de Riesgos Laborales. Dirección General de Recursos Humanos. Servicio Murciano de Salud.

#### D.<sup>a</sup> Mercedes Alarcón Blanco

Jefa de Servicio de Selección. Dirección General de Recursos Humanos. SMS.

#### D. Ricardo Guzmán Martínez-Valls

Jefe de Servicio de Planificación y Costes de Personal. Dirección General de Recursos Humanos. Servicio Murciano de Salud.

#### D. Manuel Ángel Moreno Valero

Director Gerente. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena. SMS.

#### D. Roberto Ferrándiz Gomis.

Director Gerente. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. SMS.

#### D. Manuel Alcaraz Quiñonero

Director Gerente. Área V de Salud. SMS.

## Grupo de trabajo 3

### Desarrollo sostenible de las infraestructuras y tecnologías

#### Coordinadora: D.<sup>a</sup> Inocencia Gómez Fernández

Gerente de GISCARMSA

#### D.<sup>a</sup> Encarnación Zamora Ros

Jefa de Servicio de Obras y Contratación. Secretaría General Técnica. SMS.

**D.<sup>a</sup> Rosario Soler García**

Directora de Gestión. Hospital General Universitario Reina Sofía. SMS

**D. Jesús Abril Moya**

Jefe de la Unidad Técnica de Obras. Secretaría General Técnica. SMS.

**D. Pedro Sánchez Gálvez**

Técnico de Gestión de Obras. Secretaría General Técnica. SMS.

**D. Antonio Tomás Borja**

Jefe de Servicio de Ingeniería. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. SMS.

**D. Tomás Salvador Fernández Pérez**

Director Gerente. Hospital Los Arcos. SMS.

**D. Juan Merino Gálvez**

Jefe de Servicio de Programación de Recursos Sanitarios. Dirección General de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica. Consejería de Sanidad.

**D. Ginés Madrid García**

Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. SMS.

### Grupo de trabajo 4

#### Organización y desarrollo corporativo de la Consejería

**Coordinador: D. Francisco Agulló Roca**

Director General de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica. Consejería de Sanidad.

**D. Pablo Fernández Abellán**

Secretario Autonómico de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias. Consejería de Sanidad.

**D.<sup>a</sup> María Tormo Domínguez**

Gerente Servicio Murciano de Salud.

**D. Carlos Contreras López**

Subdirector General de Recursos Humanos.

Dirección General de Recursos Humanos. Servicio Murciano de Salud.

**D. Manuel Alcaraz Quiñonero**

Director Gerente. Área V de Salud. SMS.

**D. Manuel Ángel Moreno Valero**

Director Gerente. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena. SMS.

**D. Jesús Cañavate Gea**

Director Gerente. Fundación Hospital de Cieza. SMS.

**D. Mariano Guerrero Fernández**

Gerente de Polaris Salud.

**D. Tomás Murcia Alemán**

Subdirector de Gestión – Informática. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. SMS.

**D. Pedro A. Alcántara Muñoz**

Médico de Familia. Centro de Salud Molina - Virgen de la Consolación. SMS.

**D. Pedro J. Navarro Ibáñez**

Periodista. Oficina de Prensa. Secretaría General de Presidencia y Relaciones Externas.

**D. Francisco de Juan Ruiz**

Consultor.

### Grupo de trabajo 5

#### Calidad asistencial y orientación al paciente

**Coordinador: D. Pedro Parra Hidalgo**

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

**D. Rafael Gomis Cebrián**

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

**D. Joseba Calle Urra**

Técnico Responsable. Dirección General de



Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria. Consejería de Sanidad.

**D.<sup>a</sup> Adelia Mas Castillo**

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

**D. Manuel Alcaraz Quiñonero**

Director Gerente. Área V de Salud. SMS.

**D. Luis Fernando Carballo Álvarez**

Jefe de Servicio de Aparato Digestivo. Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. SMS.

**D. Tomás Fernández Aparicio**

Director Médico. Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. SMS.

**D.<sup>a</sup> Luz García Carrillo**

Subdirectora General de Asistencia Especializada. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud.

**D. José Javier Herranz Valera**

Subdirector General de Asistencia Primaria, Urgencias y Emergencias Sanitarias. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud.

**D. Mariano Martínez Fresneda**

Coordinador de Calidad. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. SMS.

**D.<sup>a</sup> María Saturnina Martínez Pérez**

Directora de Enfermería. Hospital Rafael Méndez. SMS.

**D. José María Ruiz Ortega**

Jefe de Servicio de Aseguramiento y Prestaciones. Dirección General de Régimen Económico y Prestaciones. Servicio Murciano de Salud.

**D.<sup>a</sup> Carmen Santiago García**

Coordinadora de Calidad. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena. SMS.

**D. Jesús Leal Llopis**

Supervisor de Enfermería. Área de Docencia y Calidad. Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. SMS.

## Grupo de trabajo 6

### Innovación y desarrollo de la asistencia sanitaria

**Coordinador: D. Joaquín Palomar Rodríguez**

Jefe de Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Dirección General de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica. Consejería de Sanidad.

**D. Pedro Pérez López**

Médico de Familia. Centro de Salud Vista Alegre. SMS.

**D. Alberto Barragán Pérez**

Coordinador de Equipos de Atención Primaria. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena. Servicio Murciano de Salud.

**D. Ginés Madrid García**

Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. SMS.

**D. Juan Ortolá Devesa**

Facultativo Especialista de Laboratorio. Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. SMS.

**D. Luis Joaquín González Moro**

Director Médico. Hospital Virgen del Castillo. SMS.

**D. Tomás Fernández Aparicio**

Director Gerente. Hospital Los Arcos. SMS.

**D. José Manuel Allegue Gallego**

Facultativo Especialista de Cuidados Intensivos. Hospital General de Área Santa María del Rosell. SMS.

**D. Pedro Carrillo Ortuño**

Médico. Gerencia 061. Servicio Murciano de Salud.

### **D. Jesús García Molina**

Médico de Familia. Centro de Salud Cartagena – Oeste (Virgen de la Caridad). SMS.

## **Grupo de trabajo 7**

### **Coordinación y continuidad asistencial**

#### **Coordinador: D. Abel Novoa Jurado**

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

#### **D. Luis Manuel Aguirán Romero**

Médico Rehabilitador. Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. SMS.

#### **D. José Luis Merino Castillo**

Presidente de la Sociedad Murciana de Enfermería de Atención Primaria.

#### **D.ª Teresa Ramón Esparza**

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

#### **D.ª Eva Abad Corpa**

Supervisora de Enfermería del Área de Docencia y Calidad. Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. SMS.

#### **D.ª Susana Sánchez Bautista**

Coordinadora de Continuidad Asistencial. Servicios Quirúrgicos. Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. SMS.

#### **D.ª Inmaculada Brando Asensio**

Trabajadora Social. Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. SMS.

#### **D. Julio López-Picazo Ferrer**

Subdirección de Equipos de Atención Primaria. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Servicio Murciano de Salud.

#### **D.ª Lola Lázaro Agustín**

Subdirección de Equipos de Atención Prima-

ria. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Servicio Murciano de Salud.

#### **D.ª Amor Gea Serrano**

Trabajadora Social. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. SMS.

#### **D. Asensio López Santiago**

Vicepresidente de la Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria. Técnico del Plan Municipal de Drogodependencias del Ayuntamiento de Murcia.

#### **D. Pedro Pérez López**

Médico de Familia. Centro de Salud Vista Alegre. SMS.

#### **D. Juan Francisco Menárguez Puche**

Centro de Salud Molina - La Consolación. SMS.

#### **D. Luis Fernando Carballo Álvarez**

Jefe de Sección de Aparato Digestivo. Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. SMS.

#### **D.ª Catalina Espín Abellán**

Enfermera. Centro de Salud Alhama. SMS.

#### **D. Joaquín Uris Sellés**

Consultor.

## **Grupo de trabajo 8**

### **Desarrollo sostenible de políticas de colaboración con proveedores externos y de complementariedad al sector público**

#### **Coordinador: D. Roberto Ferrándiz Gomis**

Director Gerente. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. SMS.

#### **D. José Mª Ruiz Ortega**

Jefe de Servicio de Aseguramiento y Prestaciones. Dirección General de Régimen Económico y Prestaciones. Servicio Murciano de Salud.

#### **D. Anselmo Martínez Gutiérrez**

Jefe de Servicio de Coordinación de Asistencia Especializada. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud.

**D. Francisco Guirado Sánchez**

Director Gerente. Hospital de Molina.

**D. Pedro Hernández Jiménez**

Director Gerente. USP Hospital San Carlos Murcia.

**D. José María Cerezo Corbalán**

Subdirector Médico. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. SMS.

**D. Tomás Fernández Aparicio**

Director Médico Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. SMS.

**D. Pablo López Arbeloa**

Consultor.

**Grupo de trabajo 9**

**Desarrollo sostenible de las políticas de uso racional de los medicamentos**

**Coordinadora: D.ª María Amelia de la Rubia Nieto**

Coordinadora del Plan Regional de Farmacia. Consejería de Sanidad.

**D.ª Pilar Jiménez de Zadava Listón López**

Jefa de Servicio de Gestión Farmacéutica. Dirección General de Régimen Económico y Prestaciones. Servicio Murciano de Salud.

**D. José Javier Herranz Valera**

Subdirector General de Asistencia Primaria, Urgencias y Emergencias Sanitarias. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud.

**D. Eduardo Salas Martín**

Farmacéutico Hospitalario. Gerencia de Atención Primaria de Lorca. SMS.

**D.ª María Teresa Antequera Lardón**

Farmacéutica. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. SMS.

**D.ª María Dolores Iranzo Fernández**

Jefa de Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. SMS.

**D. Manuel Ángel Moreno Valero**

Director Gerente. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena. SMS.

**D. Roberto Ferrándiz Gomis**

Director Gerente. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. SMS.

**D. José María Alonso Herreros**

Jefe de la Unidad Técnica de Farmacia Hospitalaria. Hospital General Universitario Reina Sofía. SMS.

**D. Víctor Rausell Rausell**

Farmacéutico Hospitalario. Gestión Farmacéutica. Servicios Centrales del SMS.

**D. Joaquín Uris Sellés**

Consultor.

**Grupo de trabajo 10**

**Desarrollo sostenible de la docencia e investigación sanitaria**

**Coordinador: D. Juan Pedro Serna Mármol**

Jefe de Servicio de Formación Continuada, Docencia e Investigación. Dirección General de Calidad Asistencial, Formación e Investigación Sanitaria. Consejería de Sanidad.

**D. Fernando Navarro Mateu**

Coordinador de la Unidad Docente. Departamento de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud.

**D. Fernando Sánchez Gascón**

Decano de la Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.

**D. Luis Fernando Carballo Álvarez**

Jefe de Sección de Aparato Digestivo. Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. SMS.

**D.ª Rocío Álvarez López**

Jefa de Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. SMS.

### **D. Juan Torres Lanzas**

Jefe de Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. SMS.

### **D.<sup>a</sup> Carmen Navarro Sánchez**

Jefa de Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

### **D. Enrique Aguinaga Ontoso**

Director del Centro Tecnológico de Información y Documentación Sanitaria. Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias. Consejería de Sanidad.

### **D. Vicente Vicente García**

Jefe de Servicio de Hematología. Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. SMS.

### **D.<sup>a</sup> Trinidad Herrero Ezquerro**

Profesora Titular del Departamento de Anatomía Humana y Psicobiología. Universidad de Murcia.

### **D. Francisco Molina Durán**

Coordinador. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Servicio Murciano de Salud.

### **D. José Galcerá Tomás**

Jefe Estudios. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. SMS.

### **D. Joaquín Uris Sellés**

Consultor.

## **Grupo de trabajo 11**

**Desarrollo sostenible de las tecnologías de información y comunicación**

### **Coordinador: D. Andrés Carrillo González**

Director General de Régimen Económico y Prestaciones. Servicio Murciano de Salud.

### **D. Francisco Javier Francisco Verdú**

Subdirector General de Tecnologías de la Información. Dirección General de Régimen Económico y Prestaciones. Servicio Murciano de Salud.

### **D. José Manuel Alcaraz Muñoz**

Jefe de Servicio de Coordinación y Aplicaciones Informáticas. Dirección General de Régimen Económico y Prestaciones. Servicio Murciano de Salud.

### **D. José Antonio Martínez Montoya**

Jefe de Servicio de Urgencias y Emergencias Sanitarias. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud.

### **D.<sup>a</sup> María Alarcón Gambín**

Jefa de Sección de Explotación de Aplicaciones Informáticas Sanitarias. Dirección General de Régimen Económico y Prestaciones. Servicio Murciano de Salud.

### **D. Roberto Ferrándiz Gomis**

Director Gerente. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. SMS.

### **D. Tomás Salvador Fernández Pérez**

Director Gerente. Hospital Los Arcos. SMS.

### **D. Juan Manuel Moreno Rodríguez**

Jefe de Servicio de Informática. Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. SMS.

### **D. Pablo López Arbeloa**

Consultor.

## **Grupo de trabajo 12**

**Desarrollo sostenible de políticas socio-sanitarias**

### **Coordinador: D. Lauro Hernando Arizaleta**

Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Dirección General de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica. Consejería de Sanidad.

**D. Luis Manuel Aguirán Romero**

Médico Rehabilitador. Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. SMS.

**D. Mariano Albarracín Marín-Blázquez**

Médico Geriatra. Hospital Fundación de Cieza. SMS.

**D.<sup>a</sup> Natividad Antolín Bravo**

Trabajadora Social. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena. SMS.

**D.<sup>a</sup> Amada Frechina Ortiz**

Médica ESAD - Atención Domiciliaria. Gerencia de Atención Primaria de Cartagena SMS.

**D.<sup>a</sup> Araceli Gascón González**

Enfermera. Centro de Salud Archena. SMS.

**D.<sup>a</sup> Dolores Navarro Sánchez**

Trabajadora Social. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. SMS.

**D. Bartolomé Ruiz Periago**

Asesor Facultativo. Secretaría General. Consejería de Sanidad.

**D. Matías Valverde García**

Jefe de Servicio de Rehabilitación. Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

**D. Joaquín Uris Sellés**

Consultor.

**Grupo de trabajo 13**

**Contribución al progreso de la sociedad y a la preservación del medio ambiente**

**Coordinador: D. José Antonio Molina Illán**

Jefe de Servicio de Inspección de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios. Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias. Consejería de Sanidad.

**D. Francisco Giménez García**

Jefe de Servicio de Coordinación y Planificación Económica. Dirección General de Régi-

men Económico y Prestaciones. Servicio Murciano de Salud.

**D. F. Javier Andújar Meroño**

Jefe de Sección de Contabilidad General. Dirección General de Régimen Económico y Prestaciones. Servicio Murciano de Salud.

**D. Antonio Martínez Hernández**

Director de Gestión. Gerencia de Atención Primaria de Lorca. SMS.

**D. Lluís Cirera Suárez**

Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

**D.<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Dolores Castillo Bueno**

Centro Tecnológico de Información y Documentación Sanitaria. Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias. Consejería de Sanidad.

**D. F. Javier Campayo Rojas**

Jefe de Servicio de Medicina Preventiva. Hospital General Universitario Reina Sofía. SMS.

**D.<sup>a</sup> Esperanza Sánchez Moreno**

Inspectora Médica. Servicio de Inspección de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios. Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias. Consejería de Sanidad.

**D. Juan Carlos Casado Guijarro**

Jefe de Sección de Ambiente Atmosférico. Dirección General de Calidad Ambiental. Consejería de Industria y Medio Ambiente.

**D. José F. Chicano Soriano**

Jefe de Servicio de Vigilancia e Inspección Ambiental. Dirección General de Calidad Ambiental. Consejería de Industria y Medio Ambiente.

**D. Carlos Arenas Díaz**

Director Gerente. Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. SMS.

**D. Enrique Mira Sánchez**

Intensivista. Hospital General Universitario Reina Sofía. SMS.

**D.<sup>a</sup> M<sup>a</sup>. Dolores Hernández Palazón**

Supervisora de Quirófano. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. SMS.

**D.<sup>a</sup> Carmen Forca Martínez**

Gerencia de Atención Primaria de Murcia. Servicio Murciano de Salud.

**D.<sup>a</sup> Pilar Peña Alburquerque**

Jefa de Servicio de Voluntariado, Emigración y Retorno. Dirección General de Inmigración, Voluntariado y Otros Colectivos. Consejería de Trabajo y Política Social.

**D. Francisco Marín Montoya**

Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodepen-

dencias. Consejería de Sanidad.

**D. Francisco Ayala Schraemli**

Director Gerente. Agencia de Gestión de Energía de la Región de Murcia (ARGEM).

**D. José Pablo Delgado Marín**

Proyectos Energéticos. Agencia de Gestión de Energía de la Región de Murcia (ARGEM).

**D. Emilio Ballester Fernández**

Acción Solar de la Región de Murcia.

**D. Juan Toledo Lucas**

Asociación Empresarial de Energías Renovables y Ahorro Energético Región de Murcia. (AREMUR).

**D. Antonio Tomás Borja**

Jefe de Servicio y Coordinador de Ingeniería. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. SMS.

**DOCUMENTO**  
**de adhesión**

**es+salud**







**PROPUESTA DE ADHESIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA SANIDAD EN LA REGIÓN DE MURCIA DURANTE EL PERIODO 2005-2010.**

Los abajo firmantes se comprometen a colaborar, en el ámbito de sus competencias, en el desarrollo e implementación de las Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia, durante el período 2005-2010, tanto con el Gobierno de la Región de Murcia, como con la Consejería de Sanidad, considerando que todas las acciones han de ir encaminadas a la mejora de la calidad y el incremento de las prestaciones del Sistema Sanitario Público.

El proceso de desarrollo e implementación de las Estrategias para el Desarrollo Sostenible de la Sanidad en la Región de Murcia, será objeto de negociación en todos sus apartados, en el marco de la legalidad vigente, considerando que los objetivos de la propuesta son objetivos mínimos, y dando especial relevancia a las organizaciones que suscriban la adhesión al documento.

En Murcia, a 16 de junio de 2006

CONSEJERA DE SANIDAD  Fdo: Mª Teresa Herranz Marín	SECRETARIO GENERAL DE UGT  Fdo: Antonio López Baños
SECRETARIO GENERAL DE CC.OO  Fdo: José Luis Romero de Jódar	PRESIDENTE DE CROEM  Fdo: Miguel del Toro Soto
SECRETARIA GENERAL DE UCE  Fdo: Trinidad Almagro Trigueros	DIRECTOR TÉCNICO DE THADER  Fdo: Jesús M. Artero García





