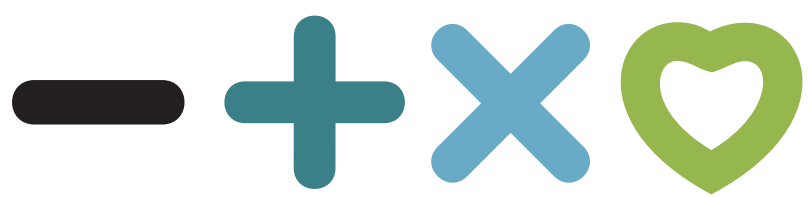
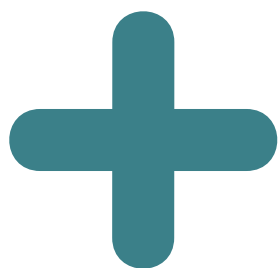


PLAN SALUD 2010 2015













Cita Recomendada:

Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia. Murcia: Consejería de Sanidad y Consumo; 2010.

Accesible: www.murciasalud.es/plandesalud

Edita: Consejería de Sanidad y Consumo; 2010.

Diseño: Germinal: comunicación

Maquetación: Cromosystem

Imprime: Industrias Gráficas LIBECROM, S.A.

Depósito legal: MU-955-2010

ISBN: 978-84-96994-44-7

ÍNDICE

/

	PÁG
PRESENTACIÓN DE LA CONSEJERA DE SANIDAD Y CONSUMO /	14
1/ INTRODUCCIÓN /	16
1.1/ ANTECEDENTES /	17
1.2/ ENFOQUE DEL PLAN DE SALUD 2010-2015 /	20
2/ METODOLOGÍA /	22
2.1/ ORGANIZACIÓN Y LANZAMIENTO /	23
2.2/ ANÁLISIS DE SITUACIÓN /	24
2.3/ IDENTIFICACIÓN DE LÍNEAS DE ACTUACIÓN PRIORITARIAS /	25
2.4/ PLANES DE ACCIÓN /	26
2.5/ IMPLANTACIÓN Y AJUSTE DEL PLAN DE SALUD /	28
3/ EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD 2003-2007 /	30
4/ DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN /	34
4.1/ ANÁLISIS DEMOGRÁFICO /	34
4.2/ DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL /	35
4.3/ MEDIO AMBIENTE /	38
4.4/ NIVEL DE SALUD /	40
4.5/ HÁBITOS DE SALUD /	42
4.6/ ESTADO DE LA SALUD /	43
5/ OBJETIVOS DIRIGIDOS A INCREMENTAR EL NIVEL DE SALUD DE LA POBLACIÓN /	46
5.1/ ESPERANZA DE VIDA AL NACER /	48
5.2/ ESPERANZA DE VIDA A LOS 65 AÑOS /	50
5.3/ MORTALIDAD INFANTIL /	52
5.4/ SALUD PERCIBIDA /	53
6/ OBJETIVOS SOBRE LOS DETERMINANTES Y PROBLEMAS DE SALUD /	56
6.1/ OBJETIVOS E INTERVENCIONES SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA /	58
6.1.1/ OBJETIVOS SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA /	60
6.1.1.1/ OBESIDAD INFANTIL /	60
6.1.1.2/ SOBREPESO INFANTIL /	62
6.1.1.3/ OBESIDAD EN ADULTOS /	64
6.1.1.4/ SOBREPESO EN ADULTOS /	66
6.1.1.5/ SEDENTARISMO /	68
6.1.1.6/ CONSUMO DE TABACO /	71
6.1.1.7/ ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO /	73
6.1.1.8/ INICIO DEL CONSUMO DE TABACO /	75
6.1.1.9/ EXPOSICIÓN AL HUMO DE TABACO /	75
6.1.1.10/ BEBEDORES DE RIESGO DE ALCOHOL /	77
6.1.1.11/ CONSUMO DE DROGAS ILEGALES /	78
6.1.1.12/ INICIO DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y OTRAS DROGAS EN ADOLESCENTES /	79
6.1.1.13/ COMPORTAMIENTOS SOCIALES Y SEXUALIDAD /	80
6.1.2/ INTERVENCIONES SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA /	82
6.1.2.1/ ALIMENTACIÓN /	82
6.1.2.2/ EJERCICIO FÍSICO /	83
6.1.2.3/ CONSUMO DE TABACO /	84
6.1.2.4/ CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS /	86

6.1.2.5/ ESTADO PSICOLÓGICO /	87
6.1.2.6/ EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL /	89
6.1.2.7/ IMPLICACIÓN DE LA CIUDADANÍA CON SU SALUD /	90
6.2/ OBJETIVOS E INTERVENCIONES SOBRE EL ENTORNO /	92
6.2.1/ OBJETIVOS SOBRE EL ENTORNO /	94
6.2.1.1/ CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA /	94
6.2.1.2/ HOGARES CON PROBLEMAS DE RUIDO /	94
6.2.1.3/ HOGARES CON PROBLEMAS DE CONTAMINACIÓN /	95
6.2.1.4/ UTILIZACIÓN DEL TRANSPORTE PÚBLICO /	95
6.2.1.5/ RECICLADO DE RESIDUOS /	96
6.2.1.6/ DEPURACIÓN DE AGUAS RESIDUALES /	98
6.2.1.7/ ACCIDENTES DE TRABAJO /	99
6.2.1.8/ MORTALIDAD POR ACCIDENTES NO INTENCIONALES /	100
6.2.1.9/ MORTALIDAD POR ACCIDENTE DE TRÁFICO /	102
6.2.2/ ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN SOBRE EL ENTORNO /	103
6.2.2.1/ ENTORNO SALUDABLE /	103
6.2.2.2/ ENTORNO LABORAL SEGURO Y SALUDABLE /	104
6.2.2.3/ ACCIDENTALIDAD /	106
6.3/ OBJETIVOS E INTERVENCIONES SOBRE LA PROTECCIÓN COLECTIVA DE LA SALUD /	107
6.3.1/ OBJETIVOS DE PROTECCIÓN COLECTIVA DE LA SALUD /	109
6.3.1.1/ VACUNACIONES /	109
6.3.1.2/ TUBERCULOSIS /	112
6.3.1.3/ SIDA /	112
6.3.1.4/ HEPATITIS /	113
6.3.1.5/ INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL /	113
6.3.1.6/ TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS /	114
6.3.1.7/ CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA /	115
6.3.1.8/ CRIBADO DE CÁNCER DE COLON /	115
6.3.2/ ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA LA PROTECCIÓN COLECTIVA DE LA SALUD /	115
6.3.2.1/ PROPORCIONAR SEGURIDAD ANTE LOS RIESGOS PARA LA SALUD COLECTIVA /	115
6.3.2.2/ SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA /	117
6.4/ OBJETIVOS E INTERVENCIONES SOBRE ENFERMEDADES RELEVANTES /	119
6.4.1/ OBJETIVOS SOBRE ENFERMEDADES RELEVANTES /	124
6.4.1.1/ MORTALIDAD POR CÁNCER /	124
6.4.1.2/ INCIDENCIA DEL CÁNCER DE MAMA /	126
6.4.1.3/ INCIDENCIA DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO /	127
6.4.1.4/ INCIDENCIA DE CÁNCER DE PULMÓN /	130
6.4.1.5/ INCIDENCIA DE CÁNCER EXCEPTO PIEL NO MELANOMA /	132
6.4.1.6/ MORTALIDAD POR ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN /	134
6.4.1.7/ HOSPITALIZACIÓN POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO /	136
6.4.1.8/ MORTALIDAD POR ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL /	138
6.4.1.9/ MORTALIDAD POR SUICIDIO /	140
6.4.1.10/ MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS /	142
6.4.1.11/ MORTALIDAD POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA /	144
6.4.1.12/ MORTALIDAD POR NEUMONÍA Y GRIPE /	146

6.4.1.13/ MORTALIDAD POR ENFERMEDAD CRÓNICA DEL HÍGADO /	148
6.4.2/ ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN SOBRE ENFERMEDADES RELEVANTES /	150
6.4.2.1/ CÁNCER /	150
6.4.2.2/ ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES /	152
6.4.2.3/ SALUD MENTAL /	154
6.4.2.4/ ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA /	156
6.4.2.5/ DIABETES MELLITUS /	157
6.4.2.6/ ENFERMEDADES INFECCIOSAS /	159
6.4.2.7/ DEMENCIAS /	161
6.4.2.8/ ENFERMEDADES RARAS /	163
6.4.2.9/ DOLOR CRÓNICO POR ENFERMEDADES MUSCULOESQUELÉTICAS /	164
6.5/ OBJETIVOS E INTERVENCIONES SOBRE DESIGUALDADES EN SALUD /	166
6.5.1/ OBJETIVOS SOBRE DESIGUALDADES EN SALUD /	167
6.5.1.1/ UMBRAL DE POBREZA /	167
6.5.1.2/ ABANDONO ESCOLAR PREMATURO /	168
6.5.1.3/ DISCAPACIDAD PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) /	170
6.5.2/ INTERVENCIONES SOBRE DESIGUALDADES EN SALUD /	171
6.5.2.1/ DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD /	171
6.5.2.2/ ASISTENCIA A LA DISCAPACIDAD /	173
6.6/ OBJETIVOS E INTERVENCIONES SOBRE EL SISTEMA SANITARIO /	175
6.6.1/ OBJETIVOS DE SATISFACCIÓN DE LA POBLACIÓN /	177
6.6.2/ OBJETIVOS SOBRE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA /	179
6.6.2.1/ FRECUENTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA /	179
6.6.2.2/ FRECUENTACIÓN DE CONSULTAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA /	179
6.6.2.3/ FRECUENTACIÓN DE URGENCIAS HOSPITALARIAS /	180
6.6.2.4/ FRECUENTACIÓN QUIRÚRGICA /	180
6.6.3/ OBJETIVOS DE MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO /	181
6.6.3.1/ DERIVACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA /	181
6.6.3.2/ URGENCIAS ATENDIDAS /	182
6.6.3.3/ ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA /	183
6.6.3.4/ PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS /	183
6.6.3.5/ HOSPITALIZACIONES EVITABLES /	184
6.6.3.6/ INFECCIÓN NOSOCOMIAL /	185
6.6.4/ ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN SOBRE EL SISTEMA SANITARIO /	185
6.6.4.1/ POLÍTICAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD /	185
6.6.4.2/ POLÍTICAS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA /	188
6.6.4.3/ VARIABILIDAD CLÍNICA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL /	189
6.6.4.4/ USO RACIONAL DE MEDICAMENTO /	191
6.6.4.5/ FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN /	193
7/ SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN /	196
8/ COMITÉS Y GRUPOS DE TRABAJO /	200

PRESENTA- CIÓN DE LA CONSEJERA DE SANIDAD Y CONSUMO /

La realización del Plan de Salud de la Región de Murcia no obedece únicamente a un mandato legal, sino que responde fundamentalmente a la necesidad de disponer de un marco estratégico donde se recoja la política de salud a desarrollar por las administraciones públicas en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. El Plan de Salud de la Región de Murcia 2010 – 2015 se ha concebido como un instrumento de cambio, un plan para la acción, en el que se establecen una serie de objetivos para mejorar la salud y la calidad de vida de la población.

A diferencia de los Planes anteriores, su contenido se centra fundamentalmente en la salud de la población, más allá de la organización y la productividad de los servicios sanitarios, compartiendo la responsabilidad sobre ella con otros ámbitos no estrictamente sanitarios y con los propios ciudadanos. Como consecuencia, se articula en torno a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la equidad, la eficiencia, la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios, estableciendo objetivos cuantificables que deben alcanzarse en el año 2015

El cambio de contexto también ha influido en su desarrollo. Ya no se trata de asimilar las transferencias, sino que, asumidas éstas plenamente, debemos orientar los esfuerzos a incrementar las cotas de salud de nuestra población. Por otro lado han surgido nuevas iniciativas de diferentes organismos regionales, nacionales y europeos que han establecido un marco de referencia diferente. En este sentido, hay que destacar, entre otras, el Plan Estratégico de la Región de Murcia 2007-2013, la política Salud 21 de la Oficina Europea de la OMS y la nueva Estrategia Sanitaria Europea.

A grandes rasgos, este Plan de Salud se ha desarrollado en cuatro grandes etapas en las que se han integrado todos estos elementos. Una primera, de análisis e identificación de la situación de partida y de los problemas de salud existentes. Otra en la que se han formulado los objetivos a alcanzar, las estrategias y los plazos de ejecución. En tercer lugar, se han establecidos los mecanismos de seguimiento, para finalizar identificando los recursos para su financiación. Toda esta información, y el esfuerzo realizado por los diferentes grupos de trabajo que han participado en su elaboración, se sintetizan, en mayor o menor medida, en este documento.

Probablemente el mayor esfuerzo del Plan se ha realizado en la definición de sus objetivos. Cada uno de ellos se ha formulado, además de globalmente, para hombres y mujeres, con el propósito de detectar posibles desigualdades. Para todos se han establecido metas cuantificadas a partir de la evolución estimada de los problemas de salud y el impacto de las actuaciones. Es evidente la dificultad de establecer metas con un horizonte temporal lejano, sin embargo, su utilidad principal radica en su carácter orientador, al mostrar hacia dónde deben dirigirse los esfuerzos.

Finalmente, quiero poner énfasis en que lo más importante no figura en este documento, y con esto me refiero al esfuerzo que

hay que realizar para alcanzar los objetivos enunciados. Desde aquí quiero poner de manifiesto el compromiso del Gobierno Regional y de esta Consejería para su consecución y solicitar la confianza y la ayuda de todos los estamentos implicados, de los profesionales del sector sanitario y de la propia ciudadanía.

M^a Ángeles Palacios Sánchez
Consejera de Sanidad y Consumo

1/ INTRO- DUCCIÓN /

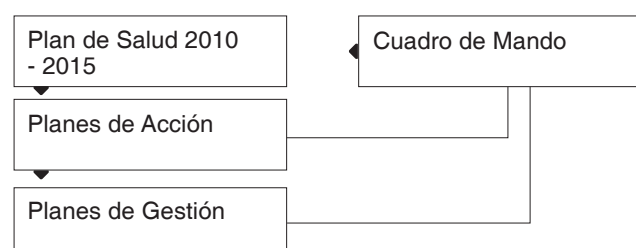
El Plan de Salud 2015 recoge las acciones e iniciativas de cambio necesarias para mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de la población de la Región de Murcia. Se incluyen, también, una serie de actuaciones para que el Sistema Sanitario pueda adaptarse con éxito a la nueva realidad demográfica de la Región y a las necesidades y expectativas de la sociedad.

Desde su origen, el diseño de este nuevo Plan de Salud ha querido recoger toda la experiencia adquirida durante el desarrollo de los tres planes previos y, especialmente, del Plan de Salud 2003-2007. En coherencia con este planteamiento, la primera acción de este nuevo proyecto ha sido evaluar el alcance de las metas previstas en el mismo y, sobre aquellas que han demostrado su efectividad, realizar las actualizaciones necesarias para adaptarlas a las nuevas necesidades, lo que ha procurado la coherencia y sintonía entre ambos proyectos.

Por la diversidad y complejidad que tiene un proyecto de planificación de este tipo, su enfoque requiere una visión integral del concepto de salud y la consideración de todos los agentes sociales que pueden contribuir a mejorar la salud del conjunto de la sociedad. Igualmente requiere la conjunción de distintas visiones, incorporando iniciativas de promoción de la salud, salud pública y entorno, prevención de siniestros externos, gestión de servicios sanitarios e implicación de la ciudadanía con su salud y con la enfermedad; integradas todas ellas en una única realidad y proyecto.

Dada la diversidad de agentes sociales implicados en la salud, este proyecto necesita combinar armónicamente las iniciativas a desarrollar por las diferentes Consejerías del Gobierno de la Región, principalmente las que tienen competencias en educación, salud, medio ambiente, política social y prevención de la siniestralidad. Finalmente, se necesita una coherencia y alineamiento del proyecto con otras iniciativas promovidas desde instituciones nacionales e internacionales, principalmente Ministerio de Sanidad y Consumo, Unión Europea y OMS.

El resultado principal de este proyecto no es sólo un informe que recoge las actuaciones para la mejora de la salud de la población y un grupo de intervenciones estratégicas, sino que su propósito es situar a la Región de Murcia en una posición óptima ante el reto de la mejora de la salud de la población, de manera que se instale una nueva cultura de diálogo, colaboración y adaptación estratégica continua, para ir adoptando aquellas políticas y modelos de gestión más adecuados para afrontar los retos presentes y futuros.

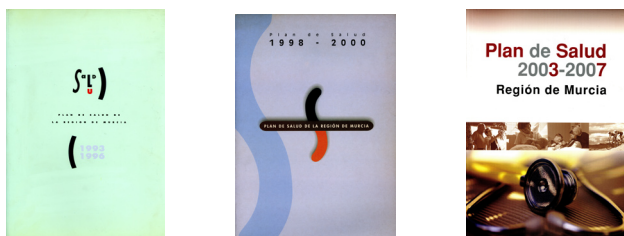


1.1/ ANTECEDENTES /

Los planes de salud suponen una planificación a largo plazo dentro del sistema sanitario, estableciendo objetivos de salud basados en un concepto positivo de ésta. Son un instrumento de cambio, un plan para la acción en el que se definen una serie de objetivos y un medio para mejorar la salud y la calidad de vida de la ciudadanía. De esta forma, se pasa de centrar los objetivos en la organización y la productividad de los servicios, a hacerlo en la salud de la población, extendiendo la responsabilidad a otros ámbitos no estrictamente sanitarios.

La importancia de los planes de salud ha sido recogida en el ordenamiento jurídico de nuestro país. La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril) recoge en su artículo 54 que “cada Comunidad Autónoma elaborará un Plan de Salud que comprenderá todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus Servicios de Salud”. La Ley de Salud de la Región de Murcia (Ley 4/1994, de 26 de julio) los define como “la expresión de la política de salud a desarrollar por las administraciones públicas en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia”, estableciendo sus contenidos y su aprobación definitiva por el Consejo de Gobierno, previo conocimiento y aportación de alegaciones por la Asamblea Regional.

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia ha elaborado tres Planes de Salud y numerosos documentos donde se desarrollan las líneas de actuación contenidas en dichos planes a través de otros planes y programas sectoriales.



Los dos primeros se realizaron en un contexto donde el sistema sanitario se caracterizaba por la coexistencia de dos administraciones competentes, por una parte la Administración Central, que gestionaba los servicios sanitarios asistenciales a través del Instituto Nacional de Salud (INSALUD) y, por otra, la Administración Autonómica, que reunía las competencias sanitarias derivadas de la Diputación Provincial y aquellas correspondientes a las competencias de Sanidad e Higiene recogidas en el Estatuto de Autonomía. Sin embargo, el Plan de

Salud 2003-2007 se elaboró una vez asumidas (1 de enero de 2002) las competencias sobre servicios sanitarios, ejercidas hasta ese momento por el INSALUD.

El I **Plan de Salud** de la Región de Murcia se autodefinía como “la expresión de la política sanitaria” de la Región y su propósito era el de “convertirse en la guía para las acciones en salud” durante su periodo de vigencia. Como marco de referencia para su elaboración se tomaron la estrategia regional de OMS-Europa: “Salud para Todos en el año 2000”, la Carta Europea sobre Medioambiente y Salud y los contenidos de la Ley General de Salud.

Para identificar los objetivos, los 53 problemas se agruparon en 34 apartados sobre los que trabajaron otros tantos grupos de expertos, con la participación de 188 profesionales. La propuesta de objetivos fue sometida a información pública y a su aprobación en la Comisión Interdepartamental, el Consejo Regional de Salud y la Comisión de Asuntos Sociales de la Asamblea Regional de Salud.

El documento final del Plan de Salud fue aprobado por el Consejo Regional de Salud el 24 de noviembre de 1992 y por el Consejo de Gobierno de la Región de Murcia en enero de 1993. Incluye una somera descripción de las características demográficas y socioeconómicas de la Región y cinco grandes bloques temáticos, en un intento de facilitar la lectura del mismo. Para cada área definida (Problemas de Salud, Estilos de Vida, Medio Ambiente, Sistema Sanitario y Apoyos Necesarios), se plantearon un total de 104 objetivos generales (284 específicos), precedidos de una breve descripción del problema que intentan resolver o atenuar.

Finalmente, con el objeto de hacer patente el carácter intersectorial, se determinaron las entidades y organismos de las Administraciones Públicas implicados en el diseño e implantación de las acciones necesarias para cumplir los objetivos del Plan de Salud.

El II **Plan de Salud** surge en el momento en que se iniciaron las negociaciones sobre transferencias sanitarias. Las perspectivas de funcionamiento como Administración única de las dos instituciones con competencias sanitarias en aquel momento (INSALUD y Consejería de Sanidad y Política Social), pusieron de nuevo de manifiesto la necesidad de establecer coordinadamente los objetivos, prioridades y recursos. Ello permitiría diseñar la progresiva adaptación e integración de ambas organizaciones, de forma que se minimizaran las tensiones surgidas en otras comunidades autónomas durante los procesos de transferencias.

A diferencia del primer Plan, se abandonó la intersectorialidad y tuvo como ámbito de actuación las funciones y competencias de los servicios sanitarios, es decir, Consejería y Ministerio de Sanidad (INSALUD), en un intento de hacerlo mucho más funcional y operativo, al minimizar las necesidades de coordinación interinstitucional. Siguiendo esta tónica, los objetivos de

Salud Pública se limitaron al marco de las actividades gestionadas por los Servicios de Salud, incluidas las acciones de vigilancia de riesgos para la salud pública, dejando fuera del Plan los aspectos relacionados con el desarrollo de infraestructuras o servicios que eran responsabilidad de otros órganos de la Administración. En resumen, los temas relacionados con la Salud Pública fueron los referidos a competencias propias y, asumible bajo la única responsabilidad de la Consejería de Sanidad.

Como consecuencia, la estructura que se necesitó para su elaboración se simplificó mucho, dando un mayor protagonismo a la responsabilidad directiva e institucional. Los trabajos a realizar tenían responsables definidos y no participantes altruistas, lo que permitió una mayor disciplina en métodos y tiempos.

El documento final incluyó una descripción de las características demográficas de la Región y cuatro grandes áreas donde se realizaba un análisis de situación (Problemas de Salud, Estilos de Vida, Medio Ambiente y Sistema Sanitario). En este caso se profundizó más en el área de Sistema Sanitario en la que se incluyeron los aspectos de formación e investigación. El último apartado del documento recogía los 33 objetivos y los criterios para su evaluación.

El **III Plan de Salud** nació de un marco de referencia diferente a los anteriores. Por un lado, la política de la OMS se había modificado con la puesta en marcha de la nueva estrategia "Salud para todos en el siglo XXI" y, por otro, el Programa de Acción Comunitario en el ámbito de la Salud Pública de la Comisión Europea. A estos aspectos se les unía el nuevo marco por el que, desde enero de 2002, la Comunidad Autónoma disponía de competencias plenas en el ámbito de la sanidad.

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

La elaboración del III Plan de Salud de la Región de Murcia se desarrolló en cinco fases de trabajo. Para su gestión se dotó de una estructura organizativa basada en un Consejo de Dirección y un Comité Director respaldados por grupos de trabajo, mediante los cuales se garantizó la agilidad de todo el proceso y la fluidez de la información a los niveles adecuados. Asimismo, el Consejo de Salud participó de forma activa en las distintas fases de elaboración del Plan de Salud, aportando las inquietudes, sugerencias y prioridades de los colectivos más representativos de ciudadanía de la Región de Murcia.

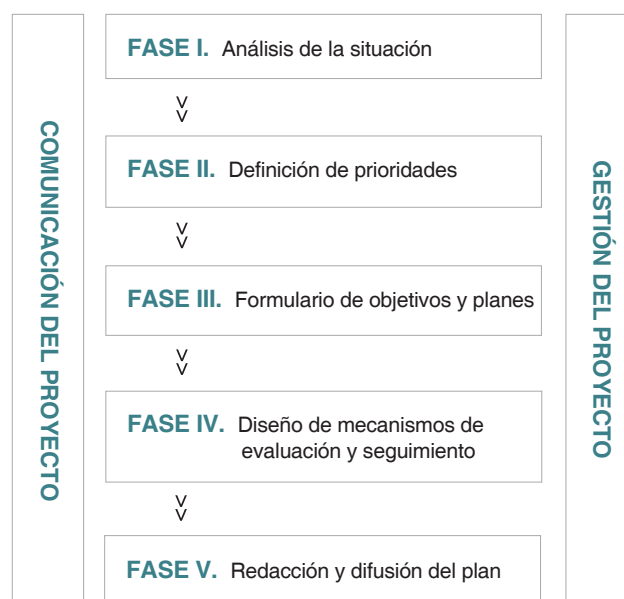
En la primera fase de trabajo, se realizó un análisis de la situación de partida en cuanto a nivel de salud en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Participaron cerca

de 80 grupos de trabajo, integrados por profesionales del Sistema Sanitario de la Región. Asimismo, se analizaron los Planes de Salud de otras Comunidades Autónomas españolas, así como documentos similares a Planes de Salud existentes en otros países de nuestro entorno.

A continuación se definieron las áreas de actuación prioritarias, sobre las que grupos de trabajo específicos plantearon los objetivos generales y específicos de cada una de ellas, así como las medidas que se tenían que llevar a cabo para alcanzarlos. Paralelamente, una vez definidos los objetivos específicos, se realizó una priorización de éstos por parte de los miembros del Consejo de Salud.

También en el marco de los grupos de trabajo, se diseñaron los mecanismos de evaluación y seguimiento del Plan de Sa-

ESQUEMA DE ELABORACIÓN DEL III PLAN DE SALUD



lud, incluyendo la definición de las funciones de una Oficina de Seguimiento del Plan. Finalmente, se procedió a la redacción de la propuesta de borrador del proyecto del Plan de Salud de la Región de Murcia, que una vez conocido e informado por el Consejo de Salud, fue aprobado por la Asamblea Regional el 26 de febrero de 2003 y sancionado por el Consejo de Gobierno del 21 de marzo de 2003.

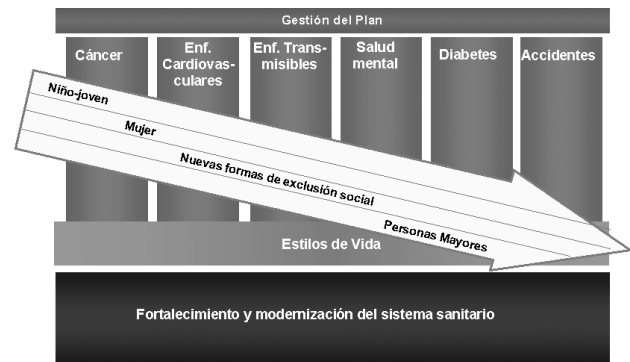
El III Plan de Salud de la Región de Murcia se articula en torno a los grandes problemas de salud (lo que en el Plan se han denominado "componentes verticales" de la estructura), haciendo especial referencia a la necesidad de integrar acciones dirigidas a determinados colectivos ("componentes diagonales") y sobre la base de unas acciones específicas de fortalecimiento

y modernización del Sistema Sanitario de la Región de Murcia en el nuevo contexto competencial (“componentes horizontales”).

Incluye los objetivos estratégicos y las propuestas de actuación (en total 79 líneas de actuación según la terminología del Plan) definidas para cada uno de los componentes verticales, horizontales y diagonales identificados.

En la tabla siguiente se sintetizan las áreas de intervención de los tres planes de salud, incorporando en esta comparación los ámbitos en los que actuará el Plan de Salud 2010-2015.

ÁREAS DE ACTUACIÓN DEL III PLAN DE SALUD



ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE LOS PLANES DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA

ÁREA DE INTERVENCIÓN	PLAN SALUD 1993-1996	PLAN SALUD 1998-2000	PLAN SALUD 2003-2007	PLAN SALUD 2010-2015
Enf. Infecciosas	*	*	*	*
Enf. Cardiovasculares	*	*	*	*
Cáncer	*	*	*	*
Enf. Respiratorias	*	*		*
Enf. Digestivas				*
Apto. Locomotor	*			*
Diabetes Mellitus	*	*	*	*
Salud Materno Infantil	*	*	*	
Salud Mental	*	*	*	*
Demencia				*
Enfermedades Raras				*
Salud Buco Dental	*	*		
Accidentes	*	*		*
Personas Mayores			*	
Dependencia				*
Sistema Sanitario	*	*	*	*
Sistemas de Información	*	*	*	*
Formación	*	*	*	*
Investigación	*	*	*	*
Perspectiva Intersectorial				*
Desigualdades en Salud				*
Entorno				*
Nº Objetivos	104	33	79	53

1.2/ ENFOQUE DEL PLAN DE SALUD 2010-2015 /

A lo largo de la elaboración del Plan de Salud, y como se desprende del contenido del análisis de situación, se ha puesto de manifiesto la necesidad de dar respuesta a dos situaciones peculiares de la Región de Murcia. En primer lugar, el importante crecimiento demográfico de los últimos años, que la sitúa como uno de los polos de desarrollo poblacional más destacado de España, con un incremento de la población de casi el 10% en tan sólo cuatro años. Al mismo tiempo, y aunque actualmente exista una coyuntura económica desfavorable, la Región de Murcia ha experimentado en los últimos años un destacado progreso económico.

Sin embargo, estos datos, que reflejaban un desarrollo progresivo de la sociedad murciana, no se acompañan en la misma medida de la mejora de los indicadores que evalúan el desarrollo y la cohesión social. En primer lugar, los principales indicadores del nivel de salud de la población en la Región de Murcia han mejorado en los últimos años, pero siguen siendo discretamente inferiores a los de España. Otros indicadores relacionados con el desarrollo social, como pueden ser los que hacen referencia al estilo de vida o a la educación, tampoco han evolucionado de forma paralela al desarrollo económico, desaprovechándose una oportunidad de favorecer la creación de una sociedad más sana. Por último, los indicadores de cohesión social, especialmente los relacionados con el impacto de la pobreza, muestran resultados desfavorables, que probablemente son los causantes de la diferencia en el nivel de salud de la población murciana con respecto a la española.

Conscientes de esta realidad, el Plan de Salud pretende centrar sus esfuerzos en aquellos condicionantes que, en mayor medida, pueden impactar en el nivel de salud de la sociedad murciana. Entre estos conviene destacar:

- ❖ Promover la implicación del ciudadano con su salud, fomentando conductas y estilos saludables de vida.
- ❖ Desarrollar y reforzar políticas sanitarias e intersectoriales para promover la salud en la población, generar entornos saludables de vida, mejorar la calidad del medioambiente y potenciar los mecanismos de prevención y seguridad de la salud colectiva.

- ❖ Disminuir las desigualdades en salud, que en gran parte son causantes de los resultados desfavorables evidenciados.
- ❖ Potenciar la Atención Primaria, como base del sistema sanitario, principal interlocutor del paciente y gestor de su salud, y promotor de la salud colectiva.
- ❖ Mejorar la práctica clínica en el sistema sanitario, promoviendo la reducción de la variabilidad, la continuidad de cuidados y la seguridad clínica.
- ❖ Reforzar la coordinación con los dispositivos sociales y de asistencia a la dependencia, para promover la autonomía de la ciudadanía.
- ❖ Fortalecimiento de la gestión del sistema sanitario para mejorar la respuesta de las organizaciones y profesionales a las expectativas de la sociedad.
- ❖ Reforzar los abordajes transversales de las patologías crónicas, mediante el desarrollo y evaluación de vías clínicas integrales entre niveles asistenciales, así como mejorar la efectividad de los tratamientos curativos, rehabilitadores y paliativos.
- ❖ Promocionar la capacitación e implicación del paciente y su entorno con su enfermedad, mediante intervenciones individuales y grupales.
- ❖ Mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer.

El avance en cada uno de estos condicionantes exige una equilibrada actuación de los tres agentes fundamentales de este Plan de Salud: la ciudadanía, el sistema sanitario y el Gobierno e instituciones de la Región. La implicación de la población con el cuidado de su salud y el desarrollo de un estilo saludable de vida constituyen, sin lugar a dudas, la medida más efectiva para la mejora de la salud del conjunto de la sociedad. Conscientes de esto, el Plan de Salud hace especial énfasis en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde la esfera del compromiso personal.

En segundo lugar, el sistema sanitario murciano se enfrenta al desafío de actualizar sus formas de hacer y sus recursos para responder tanto a las expectativas ciudadanas como a las exigencias del desarrollo científico. Este desafío exige una acertada combinación de actuaciones, centradas más que en la ampliación de sus recursos, en la capacidad de modificar sus estilos asistenciales para alcanzar mayor capacidad resolutoria y mayor continuidad de los cuidados en el conjunto del sistema sanitario.

Por último, es imprescindible desarrollar políticas intersectoriales para acometer los retos que plantea este Plan de Salud, y que sólo desde la consideración de la salud como un reto de Gobierno, y no sólo de la Consejería de Sanidad y Consu-

mo, podrán tener éxito. Para ello se requieren dos estrategias de desarrollo; una orientada a implicar a todos los sectores incorporándolos al compromiso de mejorar la salud y reducir las desigualdades de la población (sanidad, educación, medio ambiente, política social, economía, desarrollo de infraestructuras, etc.); y otra en la que todos los niveles de la administración pública (nacional, regional y local) se sientan involucrados. Esta necesidad de desarrollar políticas intersectoriales está en plena sintonía con el objetivo de la Unión Europea de “introducir la política de salud en todas las políticas”, así como con otras que se están desarrollando en países con sistemas sanitarios avanzados.

2/ METODOLO- GÍA /

La elaboración del Plan de Salud 2010-2015 se ha realizado en cinco fases progresivas:

❖ **Fase 1.- Organización y lanzamiento del proyecto.** Esta fase se destina a establecer la organización operativa, los órganos decisorios del proyecto, los niveles de participación y las metodologías de trabajo.

❖ **Fase 2.- Análisis de situación.** Incorpora una evaluación del Plan de Salud 2003-2007, complementada con la elaboración del informe de situación de la salud en la Región de Murcia. Permite disponer de un análisis de partida del nivel de salud de la población y de todos los condicionantes que pueden fluir sobre la misma. Al mismo tiempo se identifican las informaciones y evidencias que han servido para establecer el enfoque del Plan de Salud.

1. ORGANIZACIÓN Y LANZAMIENTO DEL PROYECTO



2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN



3. IDENTIFICACIÓN DE LÍNEAS DE ACTUACIÓN PRIORITARIAS



4. PLANES DE ACCIÓN



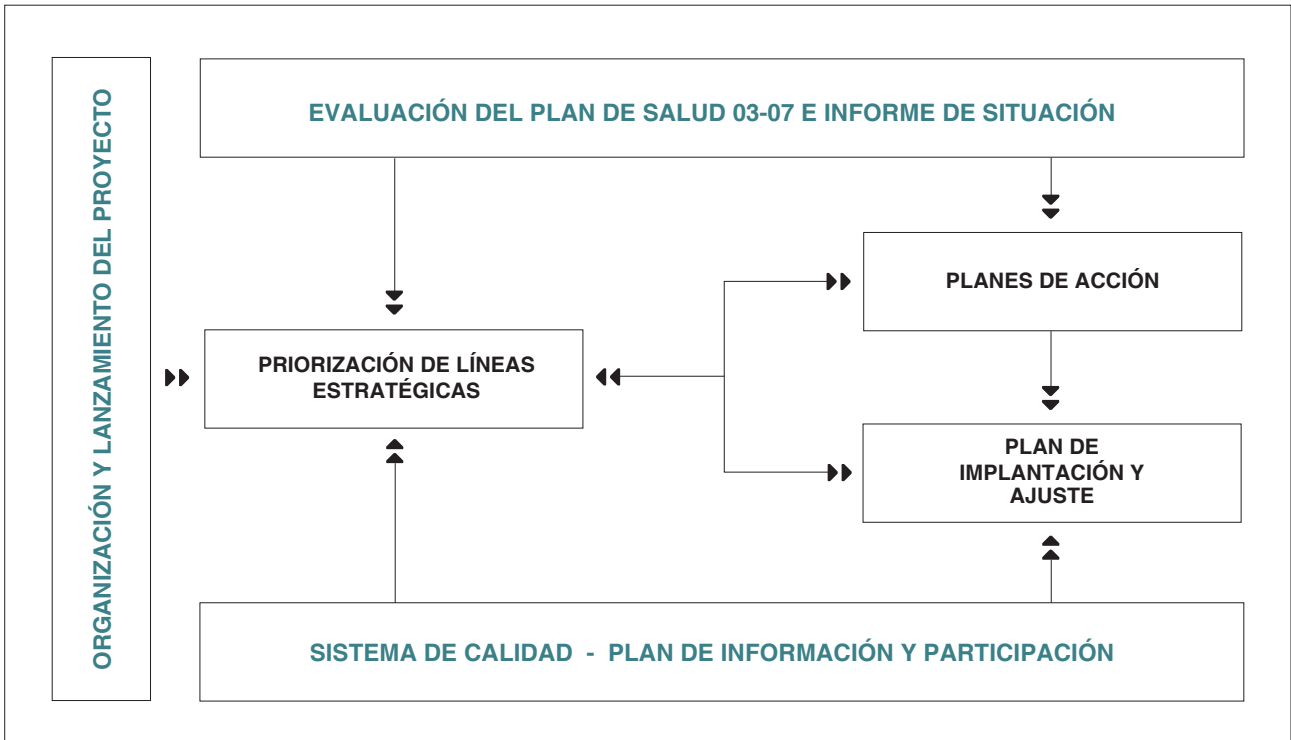
5. IMPLANTACIÓN Y AJUSTE

❖ **Fase 3.- Análisis DAFO** (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades) del estado actual de la salud en la Región e **identificación de las líneas de actuación prioritarias.** Considerando el estado actual y los condicionantes del estado de salud de la Región, establecer los grandes ejes de intervención que debería abordar el Plan de Salud para alcanzar sus objetivos.

❖ **Fase 4.- Diseño de los planes de acción** para el abordaje de las líneas de actuación prioritarias establecidas en la fase anterior, intentando identificar aquellas acciones y actividades que alcanzan un mayor equilibrio entre factibilidad y efectividad, especificando en cada una de ellas sus objetivos y estrategias de intervención.

❖ **Fase 5.- Despliegue y ajuste del plan de salud** para graduar el desarrollo del Plan de Salud a lo largo de su periodo de ejecución, realizando un escalonamiento progresivo de accio-

nes y metas, elaborando un Cuadro de Mando para el seguimiento del alcance de los objetivos previstos.



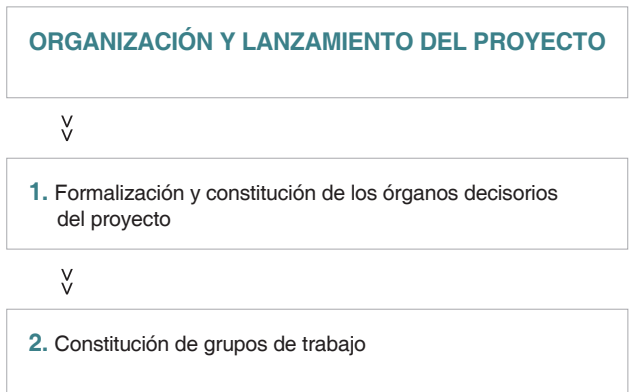
2.1/ ORGANIZACIÓN Y LANZAMIENTO

Las principales actividades de esta fase se centraron en:

- ❖ **Constituir el equipo del proyecto** y definir las personas que participaron en el mismo.
- ❖ **Definir el modo de coordinación y seguimiento del proyecto** y fijar el calendario detallado de actividades.
- ❖ **Identificar las premisas básicas del trabajo** con el objetivo de centrar las acciones a desarrollar en los aspectos clave.

❖ **Realizar una primera identificación de la información disponible** y de los datos a procesar, así como de las fuentes e interlocutores de las mismas.

Uno de los objetivos principales del proyecto era que participasen en él todos los sectores profesionales relacionados directa e indirectamente con la salud, para asegurarnos de que el Plan de Salud se desarrollará correctamente en todos sus ámbitos



de acción. Por ello, en su creación han participado aquellas personas de la sociedad murciana que, por su conocimiento y/o especialización, podían contribuir al desarrollo de acciones para mejorar el nivel de salud de la población; no sólo profesionales del sector sanitario, sino también especialistas en educación, medio ambiente, política social, salud laboral, deportes, medio natural y otros.

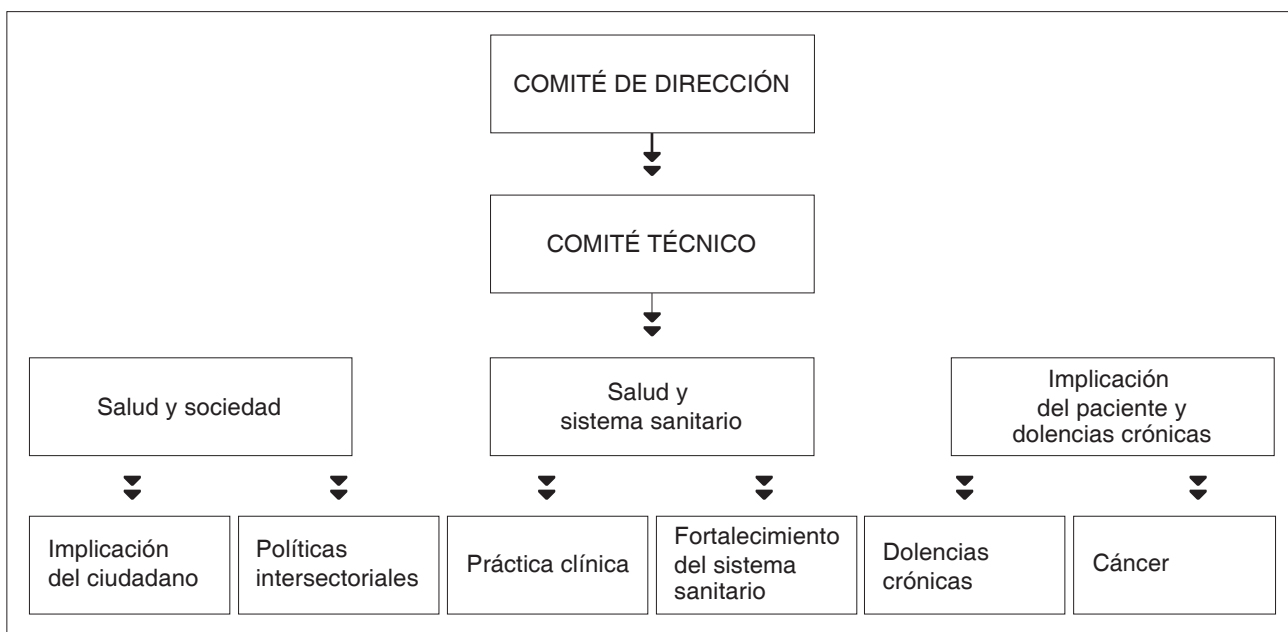
Se han establecido cuatro niveles de decisión en el proyecto. Los dos primeros han sido equipos estables que han estado presentes a lo largo de todo el diseño del Plan, aportándole continuidad, coherencia y cohesión:

❖ **Comité de Dirección del Plan de Salud.** Formado por la alta dirección de la Consejería de Sanidad y Consumo y presidido por su consejera.

❖ **Comité Técnico.** Constituido por el Director del proyecto, técnicos de la Consejería de Sanidad y Consumo, coordinadores de grupos de trabajo y equipo de consultores.

❖ **Grupos de trabajo para la identificación de los problemas clave relacionados** con la salud y la definición de las líneas de actuación prioritarias.

❖ **Grupos de trabajo para el desarrollo de las líneas de actuación prioritarias.** Una vez identificadas las líneas de actuación prioritarias se crearon seis nuevos grupos de trabajo específicos para el desarrollo de cada una de ellas.



2.2/ ANÁLISIS DE SITUACIÓN /

El trabajo durante esta fase se centró en identificar las informaciones y evidencias que pudieran servir de base para el diseño del Plan de Salud y, que a su vez sirviesen de apoyo a los grupos de trabajo. Los principales contenidos desarrollados han sido:

❖ Evaluación del grado de ejecución de los objetivos y actividades previstos en el Plan de Salud 2003-2007, analizando su impacto en los indicadores de salud del conjunto de la población.

❖ Elaboración de un análisis sobre la situación de la salud en la Región y de los condicionantes que pueden influir sobre la misma. A tal efecto se elaboró un informe específico, cuyos datos más relevantes se han incorporado a este documento. Los contenidos de dicho informe son los siguientes:

❖ Análisis demográfico.

❖ Identificación de necesidades.

❖ Desarrollo económico y social.

- ❖ Hábitos de salud en el conjunto de la sociedad.
- ❖ Análisis del estado de salud de la población de la Región de Murcia y de sus condicionantes.
- ❖ Utilización de servicios sanitarios por la ciudadanía y análisis de la oferta de servicios sanitarios de la Región.
- ❖ Principales problemas de salud en la Región en relación al conjunto de España.
- ❖ Revisión de proyectos nacionales e internacionales en relación a las políticas sanitarias que pudieran influir en el Plan de Salud o contribuir a su desarrollo. Se han elaborado informes sobre la política sanitaria de la Unión Europea, sobre las estrategias de desarrollo del Ministerio de Sanidad y Consumo, y sobre los Planes de Salud de nueve Comunidades Autónomas.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

∨

1. Evaluación del Plan de Salud 2003 - 2007

∨

2. Análisis sociodemográfico y epidemiológico

∨

3. Necesidades y expectativas de grupos de Interés

∨

4. Análisis del nivel de salud de la población

∨

5. Análisis de la oferta de servicios y resultados del sistema sanitario

∨

6. Revisión de proyectos nacionales e internacionales de interés

2.3/ IDENTIFICACIÓN DE LÍNEAS DE ACTUACIÓN PRIORITARIAS

Durante esta fase se identificaron las principales áreas de actuación del Plan de Salud. A tal fin se constituyeron tres grupos de trabajo con tres ámbitos de actuación diferenciados:

❖ **Salud y sociedad**, orientado a actuar sobre los condicionantes colectivos que pueden influir en la salud de la población, así como sus estilos y hábitos de vida.

❖ **Salud y sistema sanitario**, en el que se evaluó la contribución del sistema sanitario a la salud de la población y se elaboraron las propuestas de mejora para adaptarlo a los desafíos que plantea el desarrollo científico y el incremento de las expectativas de la ciudadanía.

❖ **Implicación del paciente y dolencias crónicas**, en el que se pretende reflejar los principales problemas de salud que afectan a la ciudadanía, identificando actuaciones factibles que hayan demostrado su efectividad en la mejora de la salud de los pacientes, incorporando en todas ellas la implicación con la enfermedad como una estrategia que ha demostrado su utilidad en la mejora de la estabilidad y complicaciones de las patologías crónicas.

IDENTIFICACIÓN DE LÍNEAS DE ACTUACIÓN PRIORITARIAS

∨

1. Análisis DAFO

∨

2. Priorización de estrategias

∨

3. Identificación de líneas de actuación prioritarias

ÁMBITOS DE ACTUACIÓN
SOCIEDAD
<ul style="list-style-type: none"> - Promoción de salud - Prevención - Docencia e investigación - Desarrollo económico y social - Desigualdades en salud - Entorno. Medio ambiente - Seguridad alimentaria

∨

PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD
<ul style="list-style-type: none"> - Accesibilidad - Resolutividad - Continuidad - Efectividad - Implicación - Seguridad

∨

SISTEMA SANITARIO
<ul style="list-style-type: none"> - Modelo de gestión - Salud Pública - Profesionales - Eficiencia - Asistencia sanitaria - Equidad - Sostenibilidad

De forma sintética, a continuación se recogen las líneas de actuación propuestas para cada ámbito.

Salud y sociedad

- ❖ **Promover la implicación del ciudadano con su salud**, fomentando conductas y estilos saludables de vida.
- ❖ **Desarrollar y reforzar políticas sanitarias** e intersectoriales para promover la salud en la población, generar entornos saludables de vida, mejorar la calidad del medioambiente y potenciar los mecanismos de prevención y seguridad de la salud colectiva.
- ❖ **Actuar sobre las desigualdades en salud** y sus determinantes, como elementos que en gran parte condicionan los resultados desfavorables evidenciados.

Salud y sistema sanitario

- ❖ **Fortalecer la atención primaria** como base del sistema sanitario, principal interlocutor del paciente y gestor de su salud y como promotor de la salud colectiva.

- ❖ **Promover la seguridad clínica** en el sistema sanitario, (reducir la variabilidad clínica y fortalecer la continuidad de cuidados en el sistema sanitario) reduciendo los efectos adversos y las complicaciones de la atención médica.

- ❖ **Reforzar la coordinación con los dispositivos sociales y de asistencia a la dependencia** para promover la autonomía de la ciudadanía.

- ❖ **Fortalecer el sistema de gestión**, incorporando la cultura de evaluación sistemática de resultados.

Implicación del paciente y dolencias crónicas

- ❖ **Reforzar los abordajes transversales de las patologías crónicas** y los sistemas de información que los sustentan.

- ❖ **Promoción del autocuidado** e implicación del paciente con su enfermedad, por parte del sistema sanitario.

- ❖ **Desarrollo y evaluación de vías clínicas integrales** entre niveles asistenciales (gestión de la enfermedad) de las patologías más prevalentes.

- ❖ Consolidar y mejorar los enfoques preventivos, diagnósticos y de tratamiento del **cáncer**.

2.4/ PLANES DE ACCIÓN /

Esta fase, considerada como la más operativa, ha estado destinada a definir los planes de acción. Estos estarían formados por el conjunto de objetivos y las estrategias de intervención de cada una de las líneas de actuación prioritarias establecidas, los indicadores de seguimiento y las metas a alcanzar en cada una de ellas.

A tal fin, se constituyeron seis grupos de trabajo, uno por cada uno de los diferentes ámbitos de actuación, que definieron las estrategias de intervención a desarrollar. Para cada una de ellas se ha elaborado una justificación, propósito, las actividades principales a desarrollar e indicadores de seguimiento y evaluación. Para cada actividad se ha especificado tipo de intervención, sectores implicados, recursos a incorporar y periodo de ejecución.

Paralelamente se han formulado los objetivos, que indican hacia donde deben dirigirse los esfuerzos y actuaciones. Para ello se han considerado tres niveles jerárquicos:

PLANES DE ACCIÓN

∨

1. Definición de planes de acción

∨

2. Objetivos y estrategias de intervención

1. Objetivos orientados a mejorar el nivel de salud de la población. Para su seguimiento se utilizan indicadores reconocidos internacionalmente como los grandes termómetros de la salud de la sociedad. Para ellos no se definen estrategias de intervención específicas por considerar que estas estarían constituidas por el resto de objetivos de nivel jerárquico inferior.

2. Objetivos relacionados con los principales condicionantes del nivel de salud de la población. En este bloque se incluyen tanto la formulación de los objetivos relacionados con los determinantes de la salud (estilos de vida, entorno, protección colectiva de la salud, desigualdades en salud y fortalecimiento del sistema sanitario), y con las enfermedades más relevantes. Para su seguimiento se incluyen indicadores contrastados por grupos de expertos y gran parte de ellos son indicadores clave de la Unión Europea y del Sistema Nacional de Salud.

3. Estrategias de intervención. Se trata de actuaciones necesarias o que favorecen la consecución de los objetivos estable-

cidos a partir de las propuestas de los grupos de trabajo. Han sido definidas para cada uno de los objetivos de nivel 2, y los indicadores de seguimiento se han orientado a evaluar el alcance de las diferentes actividades previstas dentro del Plan.

En un intento de detectar posibles desigualdades, cada objetivo, además de globalmente, se ha formulado estratificado por sexo. También se han formulado metas cuantificadas, a partir de la previsión sobre la evolución futura de los problemas de salud que abordan y el impacto probable de las actuaciones. Es evidente la dificultad de establecer metas en un horizonte temporal tan alejado, sin embargo su utilidad principal es su carácter orientador que indica a donde deben dirigirse los esfuerzos.

El establecimiento de metas en relación a los objetivos planteados se ha realizado en base a la trazabilidad de los resultados obtenidos en los indicadores en los últimos años. Esta trazabilidad en algunos casos alcanza más de 15 años de resultados, complementado por un análisis de tendencias que estima su valor hasta la frontera del año 2015. En otros objetivos la disponibilidad de información está más limitada porque existe un menor número de mediciones, como ocurre con los datos obtenidos a través de la explotación de la Encuesta Nacional de Salud de la que existen tres medidas realizadas en los años 2001, 2003 y 2006. En cualquier caso estas mediciones están consolidadas lo que va a permitir realizar un seguimiento preciso de los objetivos planteados.

Los planes de acción se sintetizan en los apartados sobre objetivos de este documento, en donde, además de estos, se recogen las estrategias de intervención.

NIVELES JERÁRQUICOS

∨

NIVEL 1. Objetivos de nivel de salud de la población

∨

NIVEL 2. Objetivos relacionados con los condicionantes del nivel de salud de la población

∨

NIVEL 3. Estrategias de intervención para facilitar el alcance de los objetivos

2.5/ IMPLANTACIÓN Y AJUSTE DEL PLAN DE SALUD /

Reconociendo la dificultad de acertar en las tendencias y pronóstico evolutivos de la gran diversidad de factores e indicadores en los que se sustenta este Plan de Salud, esta fase está orientada a desarrollar un plan que permita encauzar la aplicación de las acciones previstas a lo largo de su periodo de ejecución, estableciendo los mecanismos de adaptación y ajuste de los objetivos planteados a los cambios que se puedan producir en el entorno demográfico, estilos de vida, expectativas de la sociedad y avance científico.

Sus principales aportaciones se centran en definir la graduación de actuaciones a realizar en ciclos de dos años, así como en el diseño de un cuadro de mandos con indicadores que facilite las actividades de seguimiento y evaluación para ir ajustando las metas planteadas en cada uno de los objetivos propuestos.

IMPLANTACIÓN Y AJUSTE



1. Cuadro de mando para el seguimiento del Plan de Salud



2. Plan de actuaciones y objetivos 2010-2011



3. Plan de actuaciones y objetivos 2012-2013



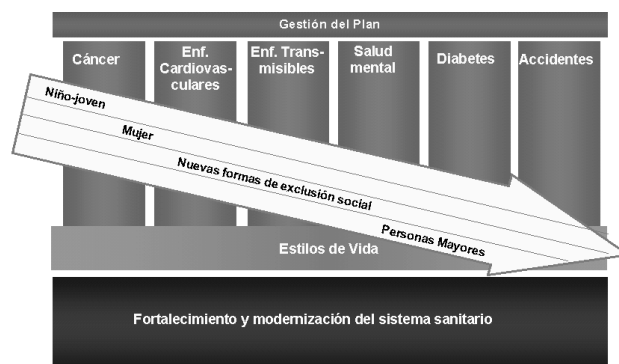
4. Plan de actuaciones y objetivos 2014-2015

3/ EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD 2003-2007 /

El Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007 establecía 12 áreas de actuación, especificando para cada una de ellas los objetivos generales, objetivos específicos y las áreas de actuación más importantes:

1. Estilos de vida.
2. Cáncer.
3. Enfermedades cardiovasculares.
4. Enfermedades trasmisibles.
5. Salud mental.
6. Diabetes.
7. Accidentalidad.
8. Niño-joven.
9. Mujer.
10. Exclusión social.
11. Personas mayores.
12. Fortalecimiento sistema sanitario.

ÁREAS DE ACTUACIÓN DEL 2003-2007 PLAN DE SALUD



Para valorar los resultados de este Plan de Salud, se ha analizado la mejora de la salud de la población en cada una de las áreas de actuación, ponderada según tres dimensiones:

- ❖ **Grupo de población** al que afecta: toda la población, un grupo social específico (niño, mujer, personas mayores o exclusión social) o personas afectadas por una enfermedad.
- ❖ **Efectividad**: impacto de las acciones del plan sobre la capacidad de prevenir el problema o mejorar la salud de los pacientes.
- ❖ **Factibilidad y viabilidad**: posibilidad de realizar las intervenciones ideadas y disponer de medios para su implantación y desarrollo.

El porcentaje de ejecución del Plan de Salud 2003-2007 es del 67%, cuyo desglose, junto con las principales actuaciones realizadas en cada una de las áreas, se resumen a continuación.

1. ESTILOS DE VIDA

GRADO DE EJECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS: 88%

Principales actuaciones:

- ❖ Elaboración y puesta en marcha del Plan Regional de Educación para la Salud en la Escuela, implantado en 237 centros escolares.
- ❖ Creación del Servicio de Educación para la Salud en 13 centros de atención primaria.
- ❖ Puesta en marcha de iniciativas contra el tabaco (centros libres de tabaco, convenios para la prevención del tabaquismo con diversas instituciones y elaboración de la Guía de Tabaquismo en atención primaria).
- ❖ Actualización de las actividades para la promoción de la salud en todos los centros de atención primaria.
- ❖ Introducción de actividades específicas de prevención y detección de problemas del anciano y atención domiciliaria a personas inmovilizadas en todos los centros de atención primaria.
- ❖ Introducción de una dieta sana y equilibrada (normocalórica) en el 87% de los comedores escolares.
- ❖ Iniciativas para prevenir las enfermedades de transmisión sexual:
 - ❖ Guía gratuita "Cómo prevenir el SIDA y otras infecciones de transmisión sexual", traducida a diferentes idiomas.
 - ❖ Teléfono gratuito de información sobre SIDA y pruebas gratuitas y confidenciales.
 - ❖ Reparto de material informativo "Prevención de la Infección VIH/SIDA por Vía Sexual" y "Sexualidad, reproducción, métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual".
- ❖ Realización de campañas de publicidad y comunicación en los medios para promover estilos de vida saludables sobre SIDA, tabaquismo, ejercicio físico y alimentación sana.

2. CÁNCER

GRADO DE EJECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS: 64%

Principales actuaciones:

- ❖ Elaboración del Plan Integral del Cáncer.
- ❖ Fomento de la participación en programas de diagnóstico precoz del cáncer: El 61,7% de las mujeres con riesgo se realizan las pruebas para el cáncer de cérvix y el 66,7% para el cáncer de mama.

- ❖ Programa piloto para la detección precoz del cáncer colorrectal con buenos resultados, que ahora se está implantando de forma general.

- ❖ Elaboración del Plan Regional de Cuidados Paliativos.

3. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

GRADO DE EJECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS: 34%

Principales actuaciones:

- ❖ Actualización de los servicios en los centros de atención primaria para prevenir el riesgo cardiovascular, hipertensión, diabetes y dislipemias, de acuerdo con el Plan Integral de Cardiopatía Isquémica.
- ❖ Implantación del Protocolo de Fibrinólisis Precoz y del Protocolo de Transporte Urgente para Angioplastia Primaria.
- ❖ Elaboración de una Guía para la Prevención Secundaria del Ictus y Protocolo de Actuación ante el Síndrome Coronario Agudo.
- ❖ Implantación del Programa de Rehabilitación del Paciente Post infarto y control de factores de riesgo.

4. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

GRADO DE EJECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS: 60%

Principales actuaciones:

- ❖ Creación del protocolo para el diagnóstico precoz de la tuberculosis en grupos de riesgo y contactos.
- ❖ Generalización de los procedimientos para detectar resistencias a antibióticos en los cultivos de micobacterias.
- ❖ Implantación del protocolo de control y seguimiento de los casos de tuberculosis detectados en los mataderos de la Región, para estudiar su posible vinculación con los casos de tuberculosis humana.
- ❖ Implantación del "Tratamiento Observado Directamente" (TOD) en pacientes con baja adherencia al tratamiento antituberculoso.
- ❖ Mejora de los mecanismos de notificación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria: registro diario de gripe, varicela y golpe de calor.
- ❖ Distribución entre los inmigrantes de guías sobre SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, traducidas a 5 idiomas.
- ❖ Oferta de prueba VIH a toda la población que lo solicite.

5. SALUD MENTAL

GRADO DE EJECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS: 85%

Principales actuaciones:

- ❖ Acciones de prevención de drogodependencias, en colaboración con ayuntamientos y ONG, en diferentes ámbitos (inmigrantes, laboral, familiar, menores, universitarios, reclusos, etc.)
- ❖ Elaboración, aprobación por el Consejo de Salud e implantación del Plan de Salud Mental 2006-2009.
- ❖ Creación de programas para la continuidad de la asistencia en los centros de salud mental, centro de atención a drogodependencias, unidades de hospitalización y unidades de rehabilitación. Guías clínicas y protocolos de actuación referentes a trastornos de la conducta alimentaria y trastornos depresivos.
- ❖ Creación de un informe sobre trastornos mentales infanto-juveniles y refuerzo del dispositivo asistencial.
- ❖ Creación de un Informe sobre necesidades especiales en psicogeriatría y refuerzo del dispositivo asistencial.
- ❖ Realización de un estudio sobre rehabilitación psiquiátrica y refuerzo del dispositivo asistencial. Puesta en marcha del programa de inserción sociolaboral de enfermos mentales y drogodependientes (2006).

6. DIABETES

GRADO DE EJECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS: 73%

Principales actuaciones:

- ❖ Puesta en marcha del Plan Integral de Atención al Paciente Diabético (PIAD) 2005-2009.
- ❖ Implantación en los centros de Atención Primaria de las pruebas de glucemia basal a la población general y a la población de riesgo.
- ❖ Implantación del programa de educación diabetológica: 34 cursos de formación con 367 horas docentes.
- ❖ Elaboración de un modelo de cuidados para la Diabetes Mellitus tipo 2, en función de las necesidades y expectativas de los implicados.
- ❖ Realización sistemática de hemoglobina glicosilada a los pacientes diabéticos (15% de determinaciones con valores óptimos inferiores a 7).

7. ACCIDENTALIDAD

GRADO DE EJECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS: 55%

Principales actuaciones:

- ❖ Se ha mejorado el tiempo de respuesta de los servicios de emergencia ante los accidentes de tráfico, especialmente en zonas rurales. Tiempo medio de asistencia: 12,4 minutos

8. NIÑO-JOVEN

GRADO DE EJECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS: 81%

Principales actuaciones:

- ❖ Tasa de vacunación superior al 97,5% en niños menores de 2 años.
- ❖ Mejora de las estructuras para los acompañantes de los niños hospitalizados.
- ❖ Oferta de servicios de atención bucodental gratuita para niños entre los 6 y 14 años con una cobertura del 53,6% entre los nacidos entre 1996 y 2001.
- ❖ Mayor asistencia para la planificación familiar entre las mujeres y jóvenes; 70.247 mujeres de la Región han recibido información y seguimiento en materia de planificación familiar.

9. MUJER

GRADO DE EJECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS: 91%

Principales actuaciones:

- ❖ Creación del Programa de Atención Integral a la Mujer (PIAM): implantado en todos los Centros de Salud.
- ❖ Seguimiento del embarazo y preparación al parto en los centros de atención primaria y proceso de atención al parto normal en los hospitales. Protocolo conjunto de actuación entre atención primaria y especializada implantado en las Áreas Sanitarias I y VI.
- ❖ Creación y puesta en marcha del Protocolo de Asistencia al Climaterio, que se ha aplicado a 37.598 mujeres entre 50 y 64 años.

10. NUEVAS FORMAS DE EXCLUSIÓN SOCIAL

GRADO DE EJECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS: 58%

Principales actuaciones:

- ❖ Establecimiento de programas específicos de vacunación (triple vírica) para inmigrantes con una actualización bienal.

11. PERSONAS MAYORES

GRADO DE EJECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS: 92%

Principales actuaciones:

- ❖ Tasa de vacunación del 66,4% para gripe y 26,7% para neumococo en personas mayores de 65 años.
- ❖ Refuerzo de la asistencia domiciliaria mediante la atención a 9.273 personas por Unidades de Hospitalización a Domicilio y 1.543 personas por Unidades de Cuidados Paliativos.
- ❖ Realización de un estudio epidemiológico sobre la prevalencia de las principales enfermedades neurodegenerativas y enfermedades que provocan un deterioro cognitivo importante.
- ❖ Evaluación de las necesidades sanitarias y sociales de los pacientes con enfermedades neurodegenerativas y enfermedades que provocan un deterioro cognitivo importante.

12. FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO

GRADO DE EJECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS: 45%

Principales actuaciones:

- ❖ Desarrollo del plan de calidad e implantación del Modelo Europeo de Calidad (EFQM) en la red de asistencia del Servicio Murciano de Salud.
- ❖ Creación de las áreas de gestión integral de servicios sanitarios en Lorca, Altiplano y Noroeste.
- ❖ Creación de la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias.
- ❖ Desarrollo del Plan de Sistemas de Información Sanitaria (PDSIS) aplicado al 100% en los centros de atención primaria y al 75% en la red hospitalaria.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD 2003-2007

Área de Actuación	Ejecución
1. Estilos de vida	88%
2. Cáncer	64%
3. Enfermedades cardiovasculares	34%
4. Enfermedades transmisibles	60%
5. Salud mental	85%
6. Diabetes	73%
7. Accidentalidad	55%
8. Niño-joven	81%
9. Mujer	91%
10. Nuevas formas de exclusión social	58%
11. Personas mayores	92%
12. Fortalecimiento del sistema sanitario	45%
Ejecución Global	67%

4/ DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN /

Durante el proceso de elaboración de este Plan de Salud, se ha realizado un análisis exhaustivo de la situación de salud de la población de la Región de Murcia, recogido en un documento específico. No obstante a continuación se incluyen los resultados mas relevantes, además, en los apartados en que se detallan los objetivos y estrategias de intervención, también se incluyen datos específicos relacionados con cada uno de ellos.

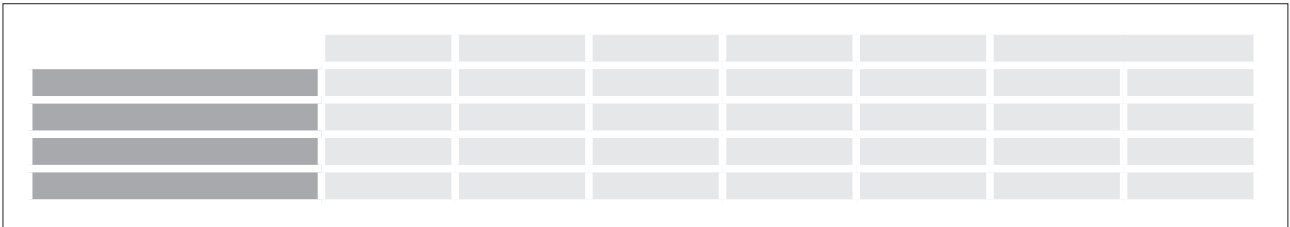
4.1/ ANÁLISIS DEMOGRÁFICO /

La Región de Murcia, en el periodo 2003-2007, ha experimentado un incremento de población de un 9,7%, el más alto de todas las comunidades autónomas de España. Este crecimiento se ha concentrado en las Áreas de Salud de Murcia, Cartagena y Lorca.

El análisis de la pirámide de población de la Región muestra dos singularidades: la población es joven y hay más hombres que mujeres. Al contrario de lo que ocurre en el conjunto de España, la población mayor de 65 años viene siendo, en los últimos 10 años, inferior a la población menor de 14 años. La comparación de estos dos segmentos de edad proporciona el índice de envejecimiento, que en la Región de Murcia fue del 0,8 en 2007 y en España del 1,16. Por otra parte, la población entre 0 y 14 años se incrementó en el periodo 1999-2003 en un 7,4%, siendo el incremento entre 2003 y 2007 de un 9,4%.

Entre los años 1999 y 2003, el crecimiento entre los hombres fue del 14,3% frente al 10,2% de mujeres, aunque esta diferencia se ha reducido entre 2003 y 2007 a un 10,4% en hombres y un 9,0% de mujeres. El 14,4% de la población de la Región de Murcia son extranjeros, siendo la tercera cifra más alta de España después de las Islas Baleares y la Comunidad Valenciana.

POBLACIÓN SEGÚN PADRÓN. REGIÓN DE MURCIA 2003-2007



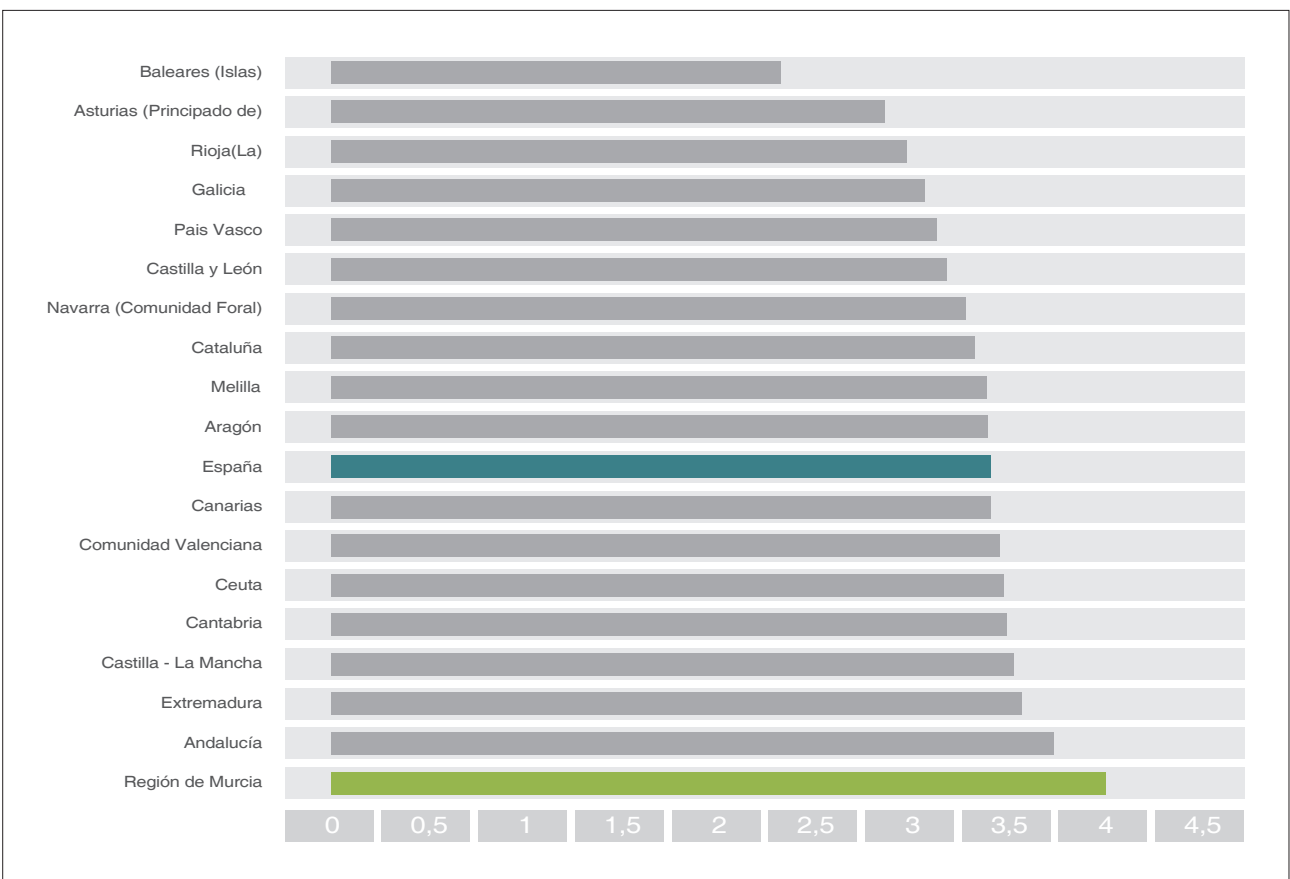
Fuente: INE. Padrón municipal de habitantes 2003-2007

4.2/ DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL

Aunque el impacto de la actual crisis económica está siendo importante, la Región de Murcia ha liderado en los últimos años el crecimiento interanual del Producto Interior Bruto (PIB) en España. El incremento del PIB a precios constantes, es decir, descontando el efecto de la inflación, llegó a ser del 4,4% en el año 2005. La tasa de crecimiento del PIB ha sido de un 3,99 en el periodo 2000-2006, la más alta de todas las comunidades autónomas.

Este incremento del PIB ha sido paralelo a un elevado crecimiento de la población, de manera que el aumento de la renta per cápita ha sido menor en la Región que a nivel nacional. Así,

INCREMENTO DEL PIB A PRECIOS CONSTANTES POR CC. AA. ESPAÑA 2000-2006



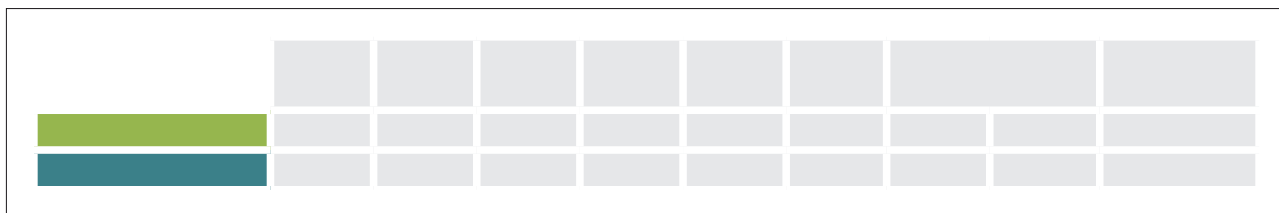
Fuente: INE. Contabilidad Regional de España. 2008

los datos para el periodo 2000-2005 muestran un incremento de Renta disponible bruta per cápita del 26,5% en la Región de Murcia, frente al 29,6% en España, de manera que se ha producido un retroceso en el ranking autonómico durante ese periodo.

En cuanto a los niveles de **pobreza**, el Instituto Nacional de Estadística viene presentando los datos de las distintas comu-

nidades en base a un umbral único denominado estatal. La Región de Murcia fue en el año 2006 la sexta comunidad en el ranking de pobreza. Entre el año 2004 y el 2006, el porcentaje de personas por debajo del umbral de pobreza se incrementó del 24,5 al 26,4, mientras que en el conjunto del país permaneció estable.

RENTA DISPONIBLE BRUTA (€) PER CÁPITA



Fuente: INE. Contabilidad Regional. 2008

P: Valor provisional

PORCENTAJES DE PERSONAS POR DEBAJO DEL UMBRAL DE POBREZA POR CCAA

	2004	2005	2006
Extremadura	37	34,6	38,6
Ceuta y Melilla	37,3	33,8	31,7
Andalucía	31,1	27,7	29,7
Castilla-La Mancha	29,4	29,6	29,3
Canarias	24,1	28,5	28,3
Región de Murcia	24,5	24,7	26,4
Castilla y León	25,1	25,5	24,7
Galicia	21,2	19,7	23,2
Rioja (La)	18,5	19,6	20,2
España	19,9	19,8	19,9
Comunidad Valenciana	19,6	20	17,1
Cantabria	11,9	14,9	13,3
Asturias (Principado de)	12,6	15,2	13,2
Aragón	12,5	16,2	12,9
Madrid (Comunidad de)	9,5	12	12,9
Cataluña	12,5	12,7	12,1
Baleares (Islas)	15,2	16,8	11,5
Navarra (Comunidad Foral)	12,7	9,9	9,8
País Vasco	11,2	9,5	9,8

Umbral de pobreza: es el 60% de la mediana de los ingresos del año anterior por unidad de consumo (escala OCDE modificada), tomando la distribución de personas. Los ingresos por unidad de consumo se obtienen dividiendo los ingresos totales del hogar entre el número de unidades de consumo.

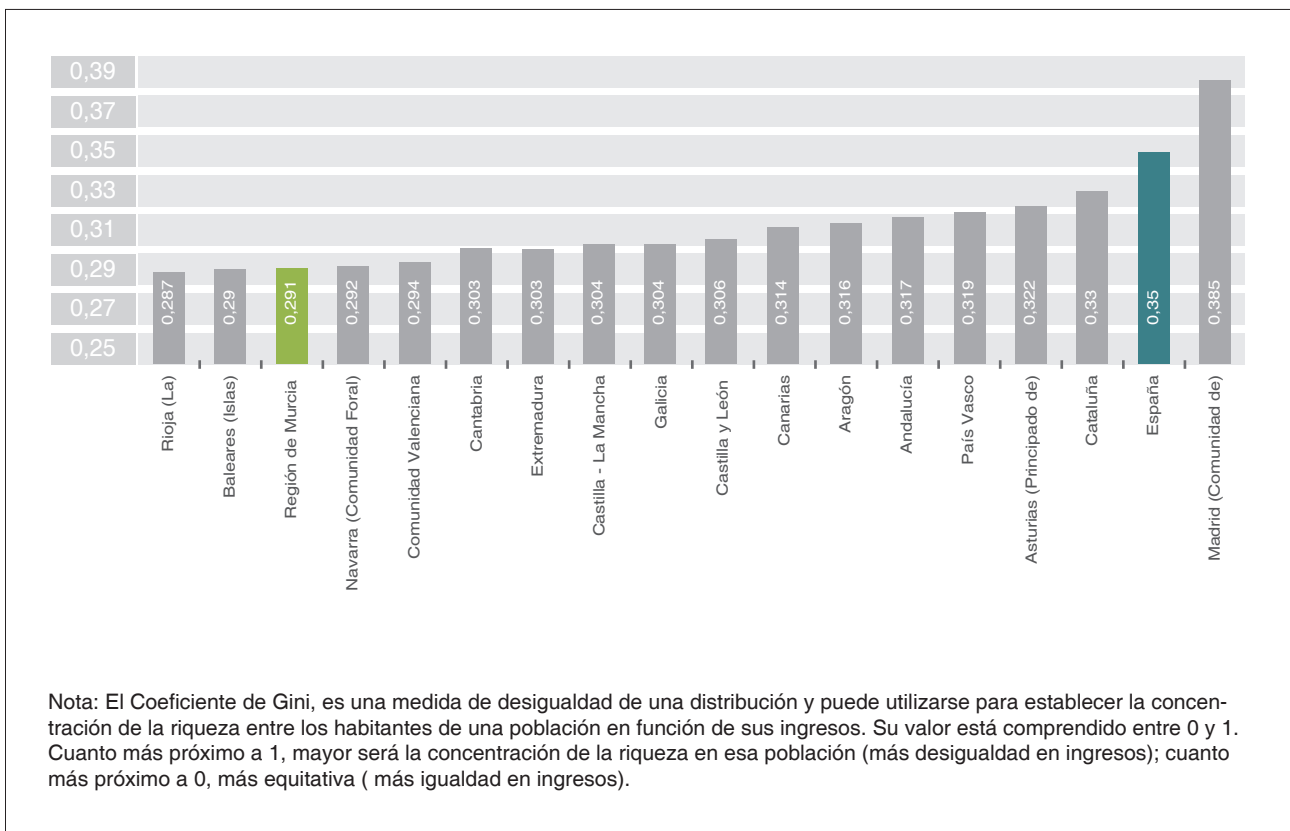
Fuente: CREM. Condiciones de vida en base a datos INE. 2008

Dado que el crecimiento económico no siempre se traduce en una mejora del bienestar social, es necesario prestar atención a la distribución de la riqueza en la población. En este sentido, al comparar la distribución de los niveles de renta de sus habitantes con los de otras CC. AA. mediante el Coeficiente de Gini la Región es la tercera con menor desigualdad en su distribución.

Los incrementos anuales del **índice de precios al consumo** entre 2003 y 2007 rondaron el 3%, siendo similares los de la Región de Murcia a los de España.

El **Valor Añadido Bruto (VAB)** está referido a las diferentes ramas de actividad, se obtiene por la diferencia entre la producción de bienes y servicios y el consumo intermedio. En el

COEFICIENTE DE GINI POR COMUNIDAD AUTÓNOMA, 2006



Fuente: Banco de datos del Observatorio Social de España (calculado a partir de la Encuesta de Estructura salarial 2006). Extracción online el 20 de junio de 2009

periodo 2003-2007, se observa que el sector Servicios se mantiene prácticamente estable como el de mayor relevancia en la distribución del VAB. Le sigue en importancia la Industria, Energía y Construcción, que aumenta en 2 puntos porcentuales tanto en la Región de Murcia como en España. El sector de la Agricultura, Ganadería y Pesca es la rama de actividad con menor porcentaje en la distribución del VAB, aunque tiene casi el doble de peso en la Región de Murcia que en España.

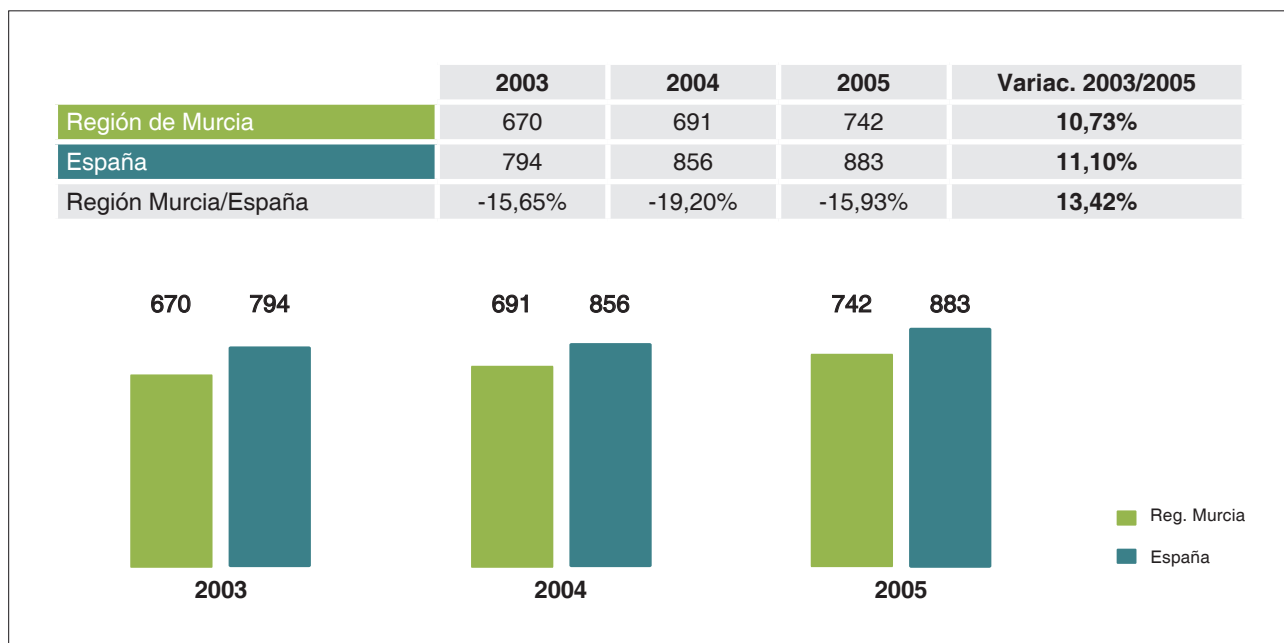
Las **tasas de actividad y de paro** de la Región de Murcia, tanto en cifras estáticas como evolutivas, son mejores que las del conjunto de España. En el año 2007 el 60,45% de la población de la Región de Murcia estaba activa, frente al

58,92% del conjunto nacional. La población parada representaba el 7,56% en la Región de Murcia y el 8,26% en España.

El **gasto público en educación** en la Región de Murcia presenta una evolución presupuestaria, en valores absolutos, algo superior a la de España. Sin embargo, el gasto por 100.000 habitantes es, en el periodo 2003-2005, un 13,42% más bajo que el de España.

En relación con la **violencia de género**, el número de mujeres asesinadas por su pareja o expareja por millón de habitantes ha estado entre 2003 y 2006 por encima de la media española, aunque en 2007 ha descendido a 2,92, por debajo de la media de España que ese año fue de 3,11.

GASTO PÚBLICO EN EDUCACIÓN POR MIL HABITANTES (MILES €)



Fuente: INE. Gasto público en educación. 2008

4.3/ MEDIO AMBIENTE /

Las cifras presentadas con respecto al **agua** para el periodo 1996-2005, muestran el esfuerzo que se está realizando en la resolución de un problema importante en la Región. Para ese periodo, los porcentajes de variación, tanto del agua disponible como del volumen abastecido y el tratado, presentan porcentajes mucho más altos en la Región de Murcia que en España.

La media de disponibilidad de agua de los habitantes de la Región de Murcia, aunque aún está por debajo de la media española, está mejorando con el paso de los años, presentando en 2005 unos valores de 371 litros/habitante/día en España y 342 en la Región de Murcia.

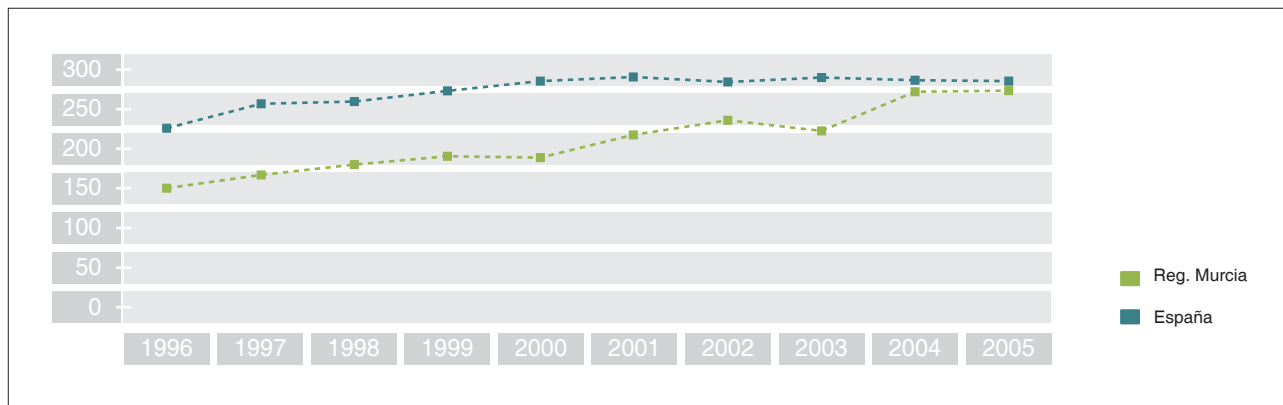
En el mismo periodo, el volumen total de agua abastecida en la Región de Murcia se incrementó un 70,27%, mientras que en España sólo un 15,81%, siendo el doble el incremento de variación en el volumen de aguas residuales tratadas, que experimentó un incremento del 303,17% en la Región frente a un 148,87% en España. Igualmente el volumen de agua residual

tratada se ha multiplicado por cinco, cuando para España sólo se ha duplicado.

La tasa de **recogida selectiva de residuos** presenta peores cifras para la Región de Murcia que para España. La diferencia en el 2005 fue de 26,94%.

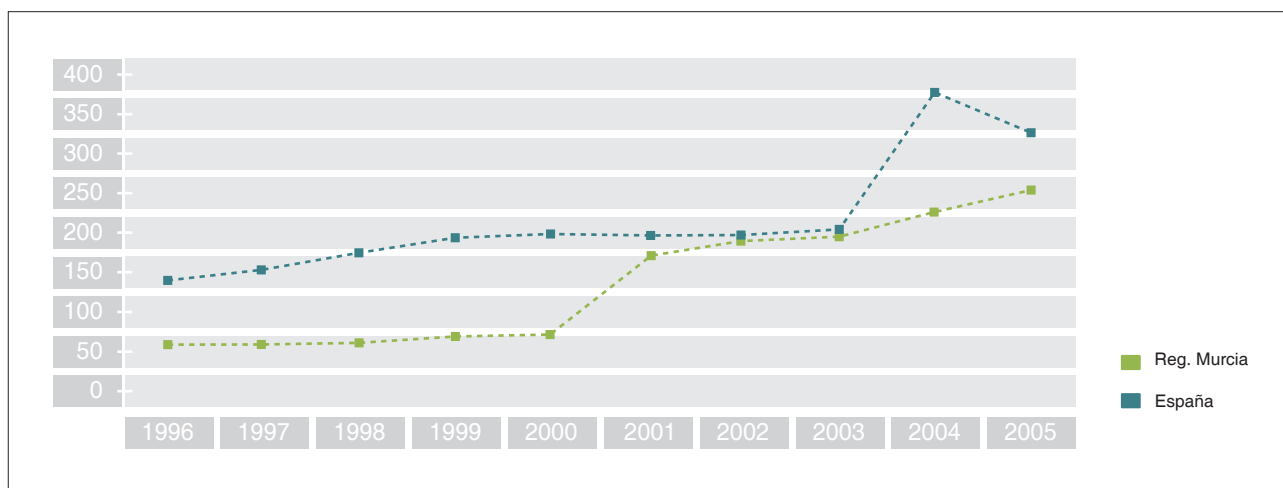
En el periodo 2000-2005, la variación de **gasto de las empresas industriales en la protección del medio ambiente** fue superior en la Región de Murcia (202,3%) que en España (162,3%).

AGUA ABASTECIDA. LITROS POR HABITANTE Y DÍA



Fuente: INE. Estadísticas medio ambiente. 2008

AGUA RESIDUAL TRATADA. LITROS POR HABITANTE Y DÍA



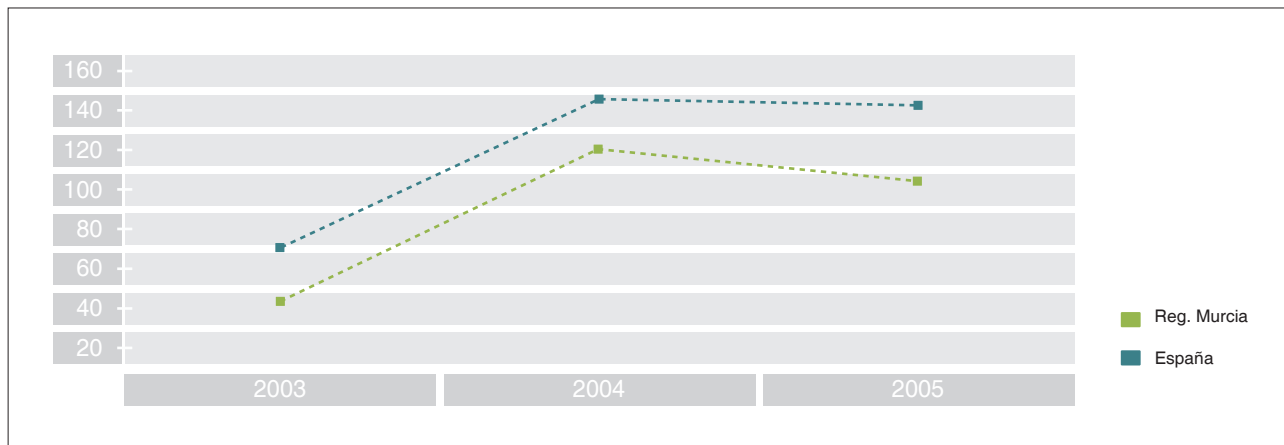
Fuente: INE. Estadísticas medio ambiente. 2008

RECOGIDA DE RESIDUOS SELECTIVOS 2003-2005

	2003	2004	2005	Variación 2003/2005
Región de Murcia	45.23	120.78	106.38	235.20%
España	70.29	147.82	145.61	207.15%
Difer.Reg. Murcia/España	-35.65%	-18.29%	-26.94%	-

Fuente: INE. Estadísticas medio ambiente. 2008

RESIDUOS RECOGIDOS SELECTIVAMENTE. TONELADAS POR MIL HABITANTES



Fuente: INE. Estadísticas medio ambiente. 2008

4.4/ NIVEL DE SALUD

La **esperanza de vida al nacer** es de 79,6 años en la Región de Murcia, manteniéndose a lo largo de los años ligeramente por debajo de la de España. Por sexo, la esperanza de vida es de 76,5 años para hombres (0,5 años menos que en España) y 82,8 para las mujeres (0,7 años menos).

La tasa de **mortalidad ajustada por edad** se sitúa en la Región de Murcia en 566 fallecidos por 100.000 habitantes

y año, con una tendencia similar a la española pero siempre superior (con un recorrido prácticamente simétrico a la esperanza de vida), aunque, en los últimos años, se ha reducido discretamente la diferencia que las separa. Esta tasa de mortalidad muestra comportamientos diferenciados por género, siendo un 10,1% superior a la española en mujeres y sólo un 3,8% en hombres.

La **mortalidad infantil** ha ido disminuyendo de forma progresiva tanto en la Región como en el conjunto del territorio nacional, siendo mayor el descenso en la Región de Murcia, pasando de 6,20 en el 2002 a 4,15 en el 2006. La mejoría se aprecia en todos los índices, excepto en la Mortalidad Perinatal que se ha incrementado en 0,4 puntos.

La Región de Murcia lidera los mejores resultados en las **tasas de vacunación** en el conjunto de España.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total Reg. Murcia	76,7	77,1	77,5	77,7	78,0	77,9	78,0	78,0	78,1	78,6	78,9	79,0	79,3	79,6
Hombres	73,6	73,8	74,2	74,4	74,9	74,7	74,7	74,8	74,9	75,3	75,8	76,0	76,3	76,5
Mujeres	79,9	80,4	80,8	81,0	81,1	81,1	81,3	81,2	81,2	81,9	82,2	82,0	82,3	82,8
Total España	77,3	77,5	77,8	78,0	78,1	78,4	78,7	78,8	79,1	79,4	79,7	79,7	80,0	80,2
Hombres	73,7	73,9	74,2	74,4	74,5	74,5	75,3	75,4	75,6	76,1	76,3	76,4	76,7	77,0
Mujeres	80,8	81,1	81,3	81,6	81,7	81,9	82,2	82,2	82,5	82,8	83,0	83,0	83,2	83,5

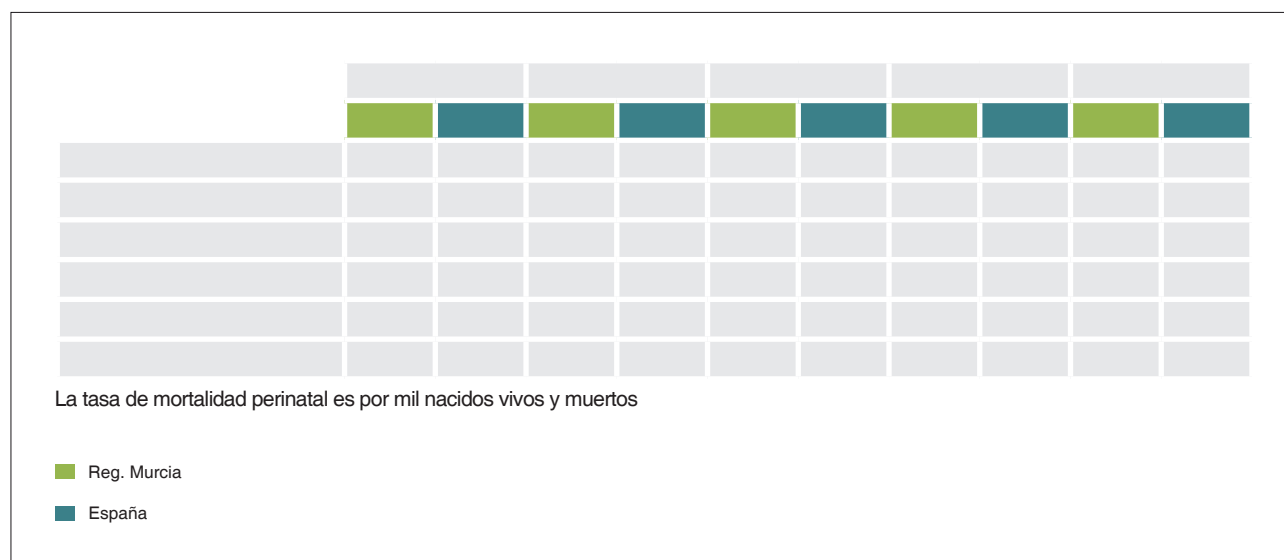
Fuente: INE. Demografía y población. Movimiento natural de la población 2005

TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD. TASA POR 100.000 HABITANTES

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Variación 2000/2007
Región de Murcia								
Ambos sexos	656	629	629	625	599	596	566	-13,7%
Hombres	852	828	810	793	772	767	730	-14,3%
Mujeres	497	467	481	484	457	449	427	-14,1%
España								
Ambos sexos	604	582	582	590	560	564	528	-12,6%
Hombres	807	778	775	780	746	749	703	-12,9%
Mujeres	443	425	427	437	411	415	388	-12,4%
% Reg. Murcia/España								
Ambos sexos	108,5%	108,0%	108,2%	105,9%	107,0%	105,7%	107,2%	-1,3
Hombres	105,6%	106,4%	104,6%	101,7%	103,5%	102,4%	103,8%	-1,8
Mujeres	112,2%	109,8%	112,8%	110,8%	111,2%	108,2%	110,1%	-2,1

Fuente: INE. Demografía y población. 2006. Elaboración propia

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR 1.000 NACIDOS VIVOS



Fuente: Datos de la Región de Murcia: Consejería de Sanidad. 2007. Datos España: INE. Demografía y población. Movimiento natural de la población. 2006

4.5/ HÁBITOS DE SALUD

El 33,9% de la población mayor de 16 años de la Región de Murcia y el 29,5% de la española se declara **fumadora**. Los ex fumadores son, en la Región de Murcia, un 20%, de los cuales el 40% no ha superado los cuatro años sin fumar. Son más fumadores los hombres que las mujeres. El 17,1% de los niños menores de 15 años está expuesto siempre o casi siempre al humo de tabaco en sus casas, porcentaje que coincide a nivel regional y nacional.

Los consumidores de **alcohol** son algo más numerosos en la Región de Murcia que en España, tanto en hombres como en mujeres. Ha consumido alcohol en los últimos doce meses el 71,69% de la población murciana. La edad de inicio de consumo de bebidas alcohólicas se sitúa en los 18 años.

Los **hábitos de sueño** de los murcianos son muy similares a los del resto del territorio nacional. Las horas de sueño se sitúan entre las siete y las ocho, aunque el 10% de la población tiene dificultad para quedarse dormida, el 17,2% se despierta varias veces mientras duerme y el 12,1% se despierta demasiado pronto.

El porcentaje de personas mayores de 16 años que realizan **ejercicio físico** es inferior en la Región de Murcia (51,34%) que en el resto de España (60,56%), siendo la mayoría hom-

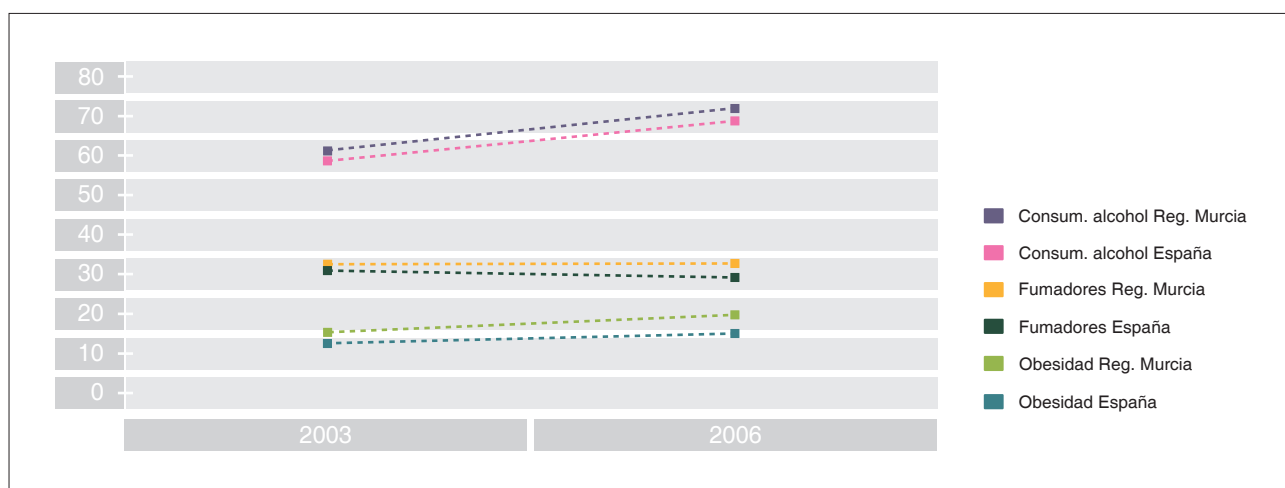
bres. El 68,41% de los niños murcianos, 80,33% en España, realiza ejercicio físico en su tiempo libre, aunque la mayor parte sólo lo hace de forma ocasional. Los niños son más deportistas que las niñas.

En una escala de 1 a 7, donde el 1 se refiere a nada satisfactorio, la media de satisfacción laboral de la población de la Región de Murcia se sitúa en 5,03. Con la misma escala, donde 1 se refiere a nada estresante, la media de estrés laboral de los murcianos es 4,14. Los datos son muy similares a nivel nacional y de sexo.

Solo el 7,13% de la población de la Región de Murcia sigue una dieta o régimen especial, más las mujeres que los hombres. La razón más habitual es la de perder peso. En la Región de Murcia, el 19,5% de las personas mayores de 18 años, y el 10,8% de entre 2 y 17 años son **obesas**.

La tasa por 100.000 habitantes de admisiones para **tratamientos por consumo de sustancias psicoactivas** en el 2005 fue para la Región de Murcia de 148,5, la tercera más alta por comunidades autónomas.

PRINCIPALES HÁBITOS DE SALUD. CIFRAS EN %



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud. 2006

4.6/ ESTADO DE LA SALUD /

La mayoría de la población de la Región de Murcia (67,2%) percibe su salud como buena o muy buena, mientras que un 8,8% la consideran mala o muy mala. Los hombres manifiestan

estar más sanos que las mujeres. La media nacional se siente algo más sana.

La calidad de vida infantil relacionada con la salud (CVRS), tanto a nivel Regional como nacional, se encuentra por encima de la media europea, sin que haya diferencias en cuanto a sexo.

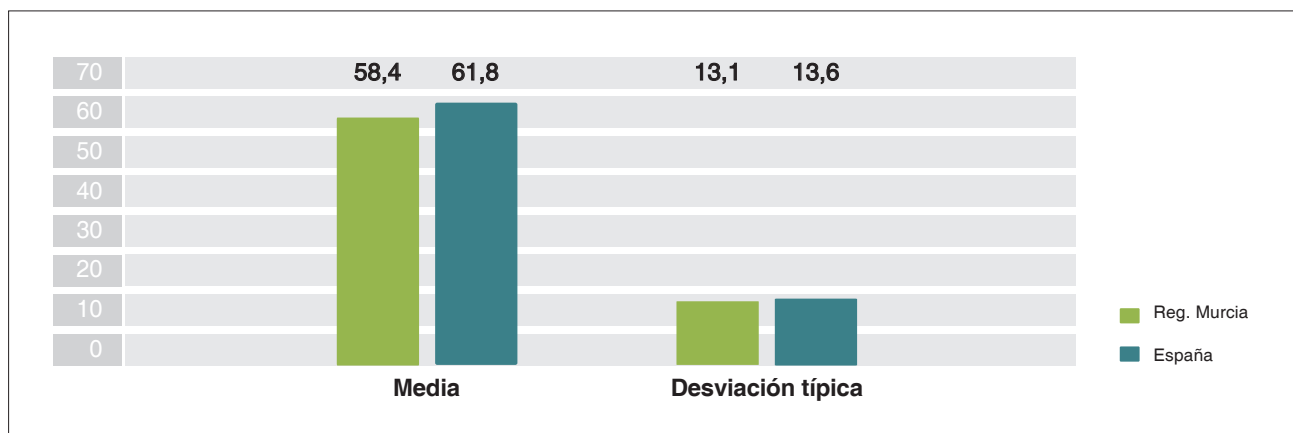
Una cuarta parte de la población de 16 años o más, padece dolores de espalda crónicos. La artrosis, la hipertensión arterial, los trastornos mentales, las varices y el colesterol alto son, por ese orden, las enfermedades crónicas más frecuentes. Las enfermedades crónicas más frecuentes en los niños son, por este orden, la alergia, el asma y los trastornos de

PERCEPCIÓN DE LA SALUD EN ADULTOS

	MUY BUENA	BUENA	REGULAR	MALA	MUY MALA
AMBOS SEXOS					
REGIÓN DE MURCIA	15,80%	51,22%	24,16%	6,35%	2,46%
TOTAL NACIONAL	21,39%	48,60%	22,46%	5,52%	2,04%
HOMBRES					
REGIÓN DE MURCIA	15,31%	58,65%	19,37%	4,68%	1,98%
TOTAL NACIONAL	23,25%	51,87%	18,87%	4,35%	1,67%
MUJERES					
REGIÓN DE MURCIA	16,30%	43,61%	29,07%	8,06%	2,95%
TOTAL NACIONAL	19,57%	45,40%	25,96%	6,67%	2,40%

Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud. 2006

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN POBLACIÓN INFANTIL



Fuente: INE. Encuesta Nacional de Salud. 2006

Nota: A menor valor numérico, peor CVRS

conducta. Los resultados comentados son similares a los nacionales.

En una escala de 0 la mejor y 12 la peor, la media de salud mental de las personas de 16 y más años es de 1,51. En población infantil, se utilizó una escala de 0 la mejor y 10 la peor, con resultados medios de conducta prosocial 8,03 y de hiperactividad 4,79.

Alrededor de un 10% de la población ha tenido algún tipo de accidente y un 3% agresiones. El 15,15% de la población sondeada en la Encuesta Nacional de Salud manifiestan que tuvieron restricciones de actividad por dolores en las 2 semanas

anteriores a la entrevista y el 6,78% que habían permanecido en cama por motivos de salud. En los 6 meses anteriores, el 21% tuvo limitaciones por temas físicos.

La incidencia de la discapacidad es claramente superior en la Región de Murcia que en el resto de España en todos los grupos de edad y en todos los niveles de severidad, constituyendo un problema importante de salud. Sorprende especialmente que la incidencia de la discapacidad severa y total es muy superior a la de España, llegando esta última a ser un 50% superior a la española en los grupos de edad de 65 a 70 años y de más de 80 años.

TASA POR 1.000 HABITANTES DE PERSONAS DE 6 A 64 AÑOS CON ALGUNA DISCAPACIDAD PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA SEGÚN EL MÁXIMO GRADO DE SEVERIDAD (SIN AYUDAS)

	AMBOS SEXOS			HOMBRES			MUJERES		
	Murcia 2008	España 2008	Relación en 2008	Murcia 2008	España 2008	Relación en 2008	Murcia 2008	España 2008	Relación en 2008
Discapacidad moderada	8,03	7,9	1,02	7,55	6,59	1,15	8,54	9,24	0,92
Discapacidad severa	10,64	8,72	1,22	8,59	6,58	1,31	12,85	10,91	1,18
Discapacidad total	14,47	11,21	1,29	14,93	10,45	1,43	13,98	12,00	1,17
No consta	0	1,52	0,00	0,00	1,51	0,00	0,00	1,53	0,00
Total	33,14	29,35	1,13	31,07	25,13	1,24	35,37	33,68	1,05

Fuente: INE. Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. 2008

TASA POR 1.000 HABITANTES DE PERSONAS DE 65 A 79 AÑOS CON ALGUNA DISCAPACIDAD PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA SEGÚN EL MÁXIMO GRADO DE SEVERIDAD (SIN AYUDAS)

	AMBOS SEXOS			HOMBRES			MUJERES		
	Murcia 2008	España 2008	Relación en 2008	Murcia 2008	España 2008	Relación en 2008	Murcia 2008	España 2008	Relación en 2008
Discapacidad moderada	47,97	33,38	1,44	35,37	25,14	1,41	58,40	40,6	1,45
Discapacidad severa	58,89	48,99	1,20	29,42	34,68	0,85	83,30	60,77	1,37
Discapacidad total	123,66	75,57	1,64	89,01	55,91	1,59	152,36	91,76	1,66
No consta	0,00	9,73	0,00	0,00	7,84	0,00	0,00	11,29	0,00
Total	230,52	167,66	1,37	153,80	123,56	1,24	294,07	203,98	1,44

Fuente: INE. Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. 2008

TASA POR 1.000 HABITANTES DE PERSONAS DE MÁS DE 80 AÑOS CON ALGUNA DISCAPACIDAD PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA SEGÚN EL MÁXIMO GRADO DE SEVERIDAD (SIN AYUDAS)

	AMBOS SEXOS			HOMBRES			MUJERES		
	Murcia 2008	España 2008	Relación en 2008	Murcia 2008	España 2008	Relación en 2008	Murcia 2008	España 2008	Relación en 2008
Discapacidad moderada	47,84	44,68	1,07	52,59	41,05	1,28	45,00	46,74	0,96
Discapacidad severa	85,48	75,89	1,13	67,68	54,57	1,24	94,14	87,97	1,09
Discapacidad total	426,87	295,22	1,45	283,19	200,83	1,41	512,92	348,73	1,47
No consta	0,00	26,05	0,00	0,00	24,29	0,00	0,00	27,04	0,00
Total	560,19	441,84	1,27	403,45	320,74	1,26	645,07	510,48	1,28

Fuente: INE. Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. 2008

5/ OBJETIVOS DIRIGIDOS A INCRE- MENTAR EL NIVEL DE SALUD DE LA POBLA- CIÓN /

Este Plan de Salud pretende proporcionar a cada persona la oportunidad de gozar de buena salud durante el mayor tiempo posible de su vida, y que esta salud se acerque lo más posible al concepto de salud promovido desde la OMS de estado de completo bienestar físico, social y mental, y no sólo ausencia de enfermedad. En coherencia con este planteamiento, incide especialmente en aquellos factores de estilos de vida y del entorno que puedan contribuir al estado de bienestar de las personas. Los objetivos en relación a esta meta principal no se limitan al alcance de un determinado nivel de la esperanza de vida en la Región, sino que se complementan con los relacionados con la percepción del estado de salud e incidencia de discapacidad; no sólo se pretende que la ciudadanía esté libre de enfermedad sino que se sienta sana y con plena capacidad para disfrutar de su vida.

El segundo gran objetivo que se pretende alcanzar está relacionado con las desigualdades en salud. Si bien los principales indicadores de salud de la Región muestran resultados satisfactorios en muchos aspectos, existen diferencias sociales, tanto por nivel socioeconómico como por género y origen de la población, que condicionan diferencias también en el nivel de salud. Durante los próximos años es imprescindible reducir las diferencias existentes en la esperanza de vida, percepción del estado de salud y mortalidad infantil, en gran parte influidas por dichos factores. La reducción de las desigualdades involucra el esfuerzo de toda la sociedad. Desde el punto de vista sectorial, además de contribuir a este esfuerzo global, las estrategias específicas orientados a reforzar la cohesión social consideran la focalización de las acciones del sector en los grupos más desfavorecidos, intensificando las actuaciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y garantizando el acceso y la oportunidad de la atención para estos grupos. Este es un compromiso no solo de equidad social, sino que parece difícil mantener la tendencia positiva en la mejora de los indicadores de salud sin actuar sobre estas desigualdades.

PROPÓSITOS DEL PLAN DE SALUD:

- ❖ Mejorar la salud de la población aumentando la esperanza de vida y los años de vida libre de discapacidad.
- ❖ Reducir las desigualdades en salud prestando especial atención a poblaciones vulnerables.

Para evaluar el avance en el nivel de salud del conjunto de los habitantes de la Región se han seleccionado tres grupos de objetivos. El principal objetivo constituye la gran aspiración de todas las políticas sanitarias y persigue **incrementar la esperanza de vida al nacer**. Este indicador se ha desagregado para la población general y para la de más de 65 años. En

segundo lugar, la **mortalidad infantil**, como un indicador que incorpora con mayor precocidad el impacto de las intervenciones para la mejora de la salud de la población y que expresa la potencialidad en salud de una población.

Por último, se incluyen objetivos e indicadores relacionados con la **percepción del estado de salud** de la ciudadanía. El cambio en el patrón epidemiológico ha hecho que la mortalidad no sea suficiente para explicar la salud de una población. Las enfermedades más comunes no son, la mayoría de las veces, las causantes de la muerte. Por tanto, la salud percibida es un ámbito complementario a la hora de valorar la salud de una población. Se mide mediante diferentes indicadores, de los que se han seleccionado dos:

❖ La **autovaloración de la salud**, refleja la apreciación global que el individuo hace de su propia salud, sintetiza diferentes aspectos subjetivos y objetivos, e integra esta información utilizando valores y preferencias individuales. Este indicador evalúa, por una parte, la carga de enfermedad, pero también la preocupación y compromiso individual con el cuidado de la salud.

❖ El **índice global de calidad de vida relacionada con la salud** (obtenido del cuestionario de salud SF-12). Tiene dos componentes, uno físico, llamado índice de salud físico y otro mental, llamado índice de salud mental. Se utiliza en la detección de desigualdades en salud, identificando poblaciones vulnerables, en la mejora del manejo de problemas de salud, y como medida general del impacto de las políticas sanitarias.

OBJETIVOS:

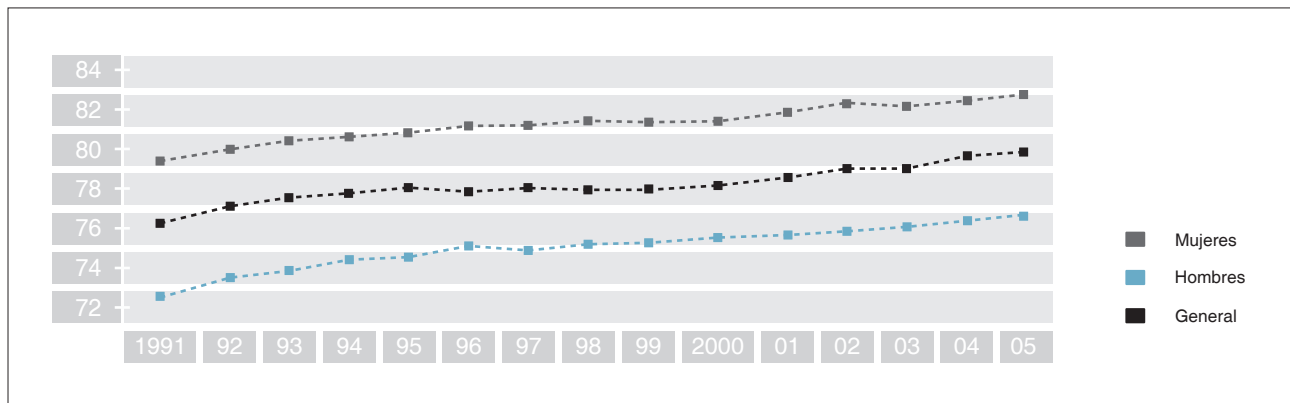
- ❖ Aumentar la esperanza de vida al nacer.
- ❖ Aumentar la esperanza de vida a los 65 años.
- ❖ Reducir la mortalidad infantil.
- ❖ Mejorar la salud percibida.

5.1/ ESPERANZA DE VIDA AL NACER /

❖ En el año 2005, la esperanza de vida en la Región fue de 79,6 años en la Región, 76,5 años para los hombres y 82,8 para las mujeres, en 2005, una cifra 0,7 años inferiores en mujeres a la media española, 0,5 años en hombres y 0,6 años para el conjunto de la población.

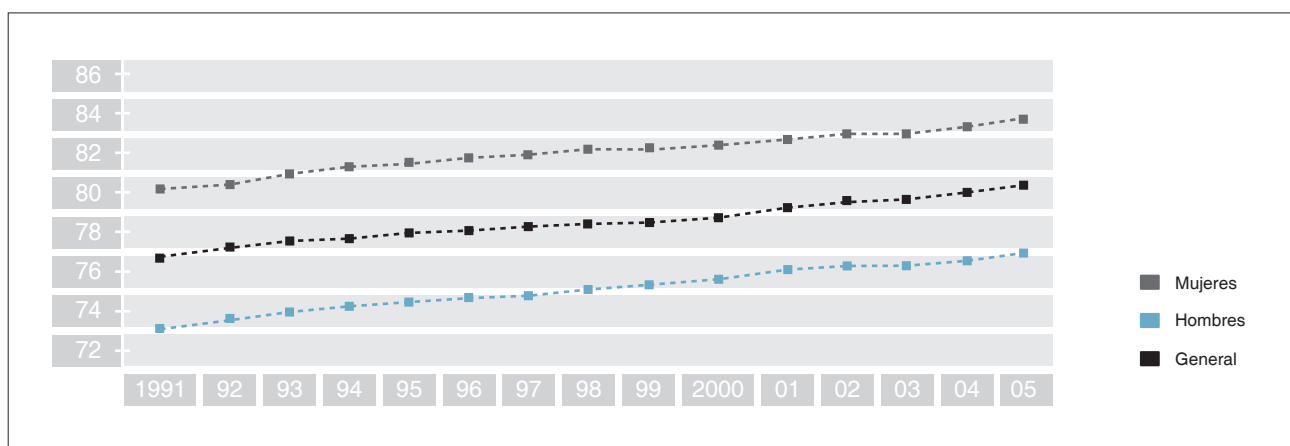
❖ El análisis de tendencias realizado no permite pronosticar que este diferencial se reduzca en el año 2015, configurándose como el objetivo principal de este Plan de Salud conseguir que el diferencial con España se reduzca en un 50% en el año 2015 y que por lo tanto la diferencia en la esperanza de vida entre la Región de Murcia y España no supere 0,3 años.

ESPERANZA VIDA REGIÓN DE MURCIA (AÑOS)



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

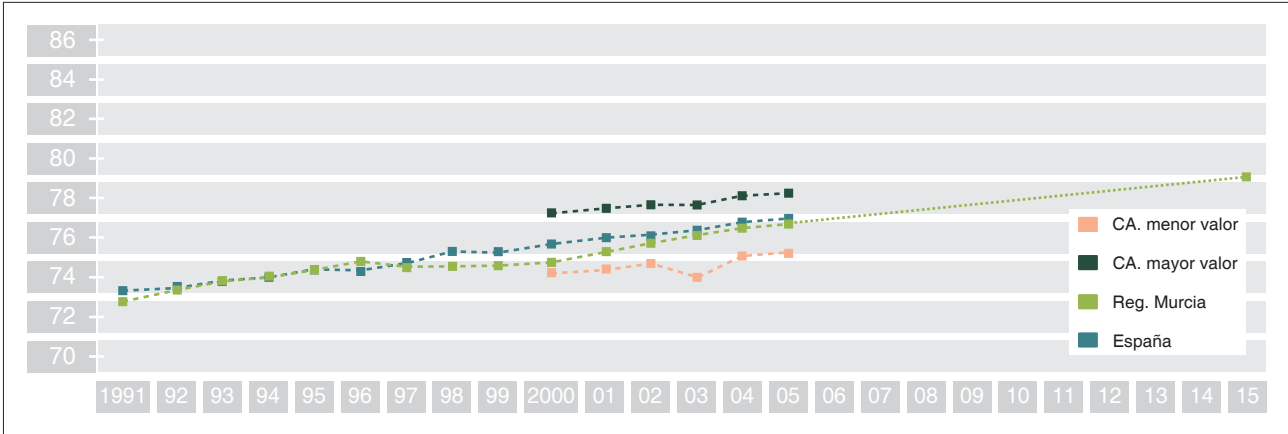
ESPERANZA VIDA ESPAÑA (AÑOS)



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

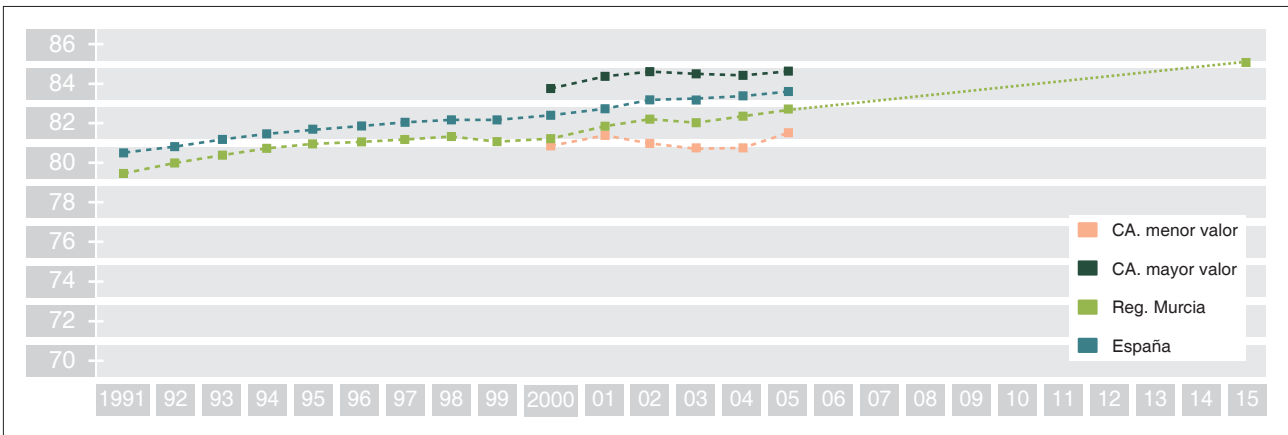
OBJETIVO: Alcanzar una esperanza de vida en los hombres de 79 años en el año 2015 (medio año de vida adicional sobre la tendencia esperada).

ESPERANZA VIDA (AÑOS). HOMBRES



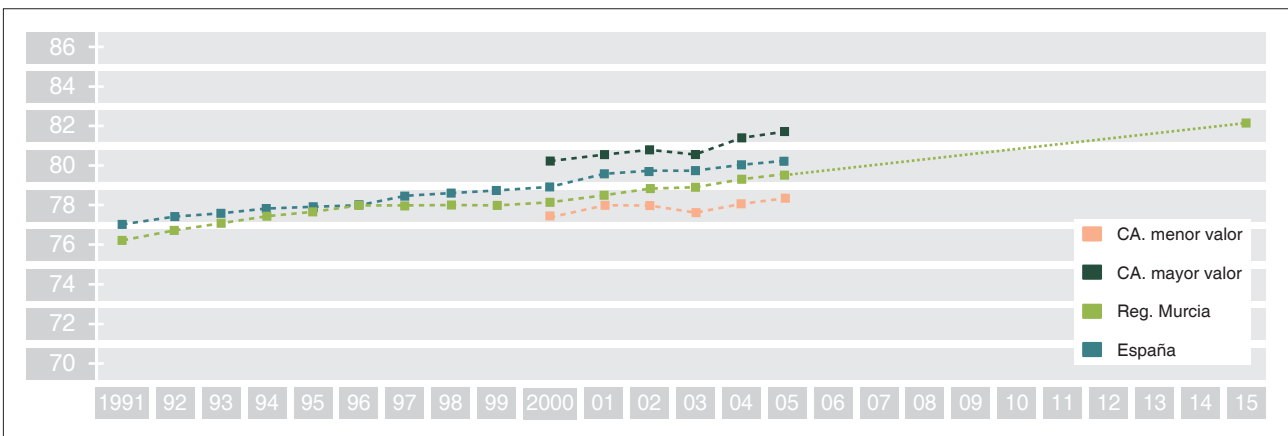
OBJETIVO: Alcanzar una esperanza de vida en las mujeres de 85 años en el año 2015 (medio año de vida adicional sobre la

ESPERANZA VIDA (AÑOS). MUJERES



OBJETIVO: Alcanzar una esperanza de vida media para ambos sexos de 82 años en el año 2015 (medio año de vida adicional sobre la tendencia esperada).

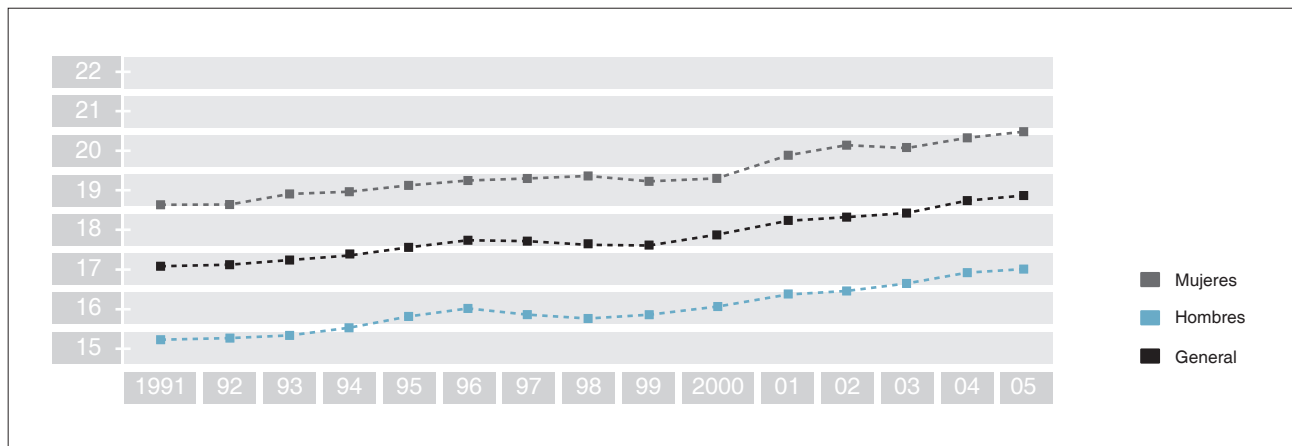
ESPERANZA VIDA (AÑOS). AMBOS SEXOS



5.2/ ESPERANZA DE VIDA A LOS 65 AÑOS /

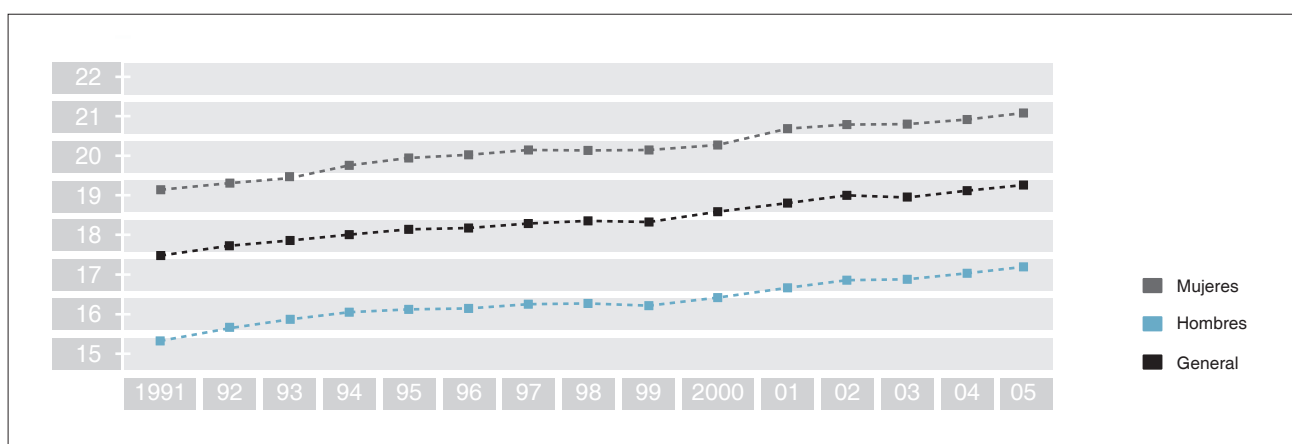
❖ En el caso de la esperanza de vida a los 65 años no cabe sino una interpretación similar con un valor de 21,1 para la mujeres, 17,2 para hombres y 19,3 años para el conjunto de la población con una diferencia con respecto a la media española similar de la esperanza de vida. El objetivo plantea una, meta similar que se traducirá en reducir a menos de 0,3 años la diferencia con la media española.

ESPERANZA VIDA A LOS 65 AÑOS. REGIÓN DE MURCIA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

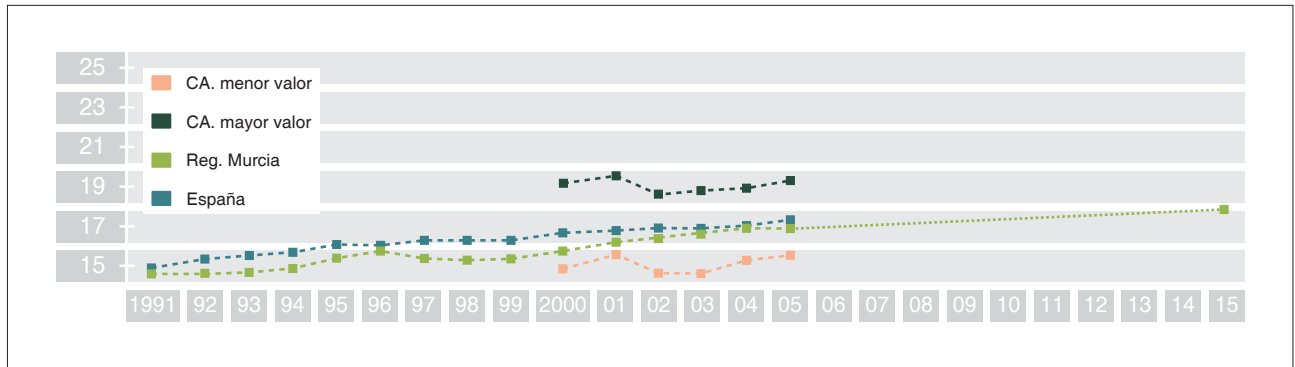
ESPERANZA VIDA A LOS 65 AÑOS. ESPAÑA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

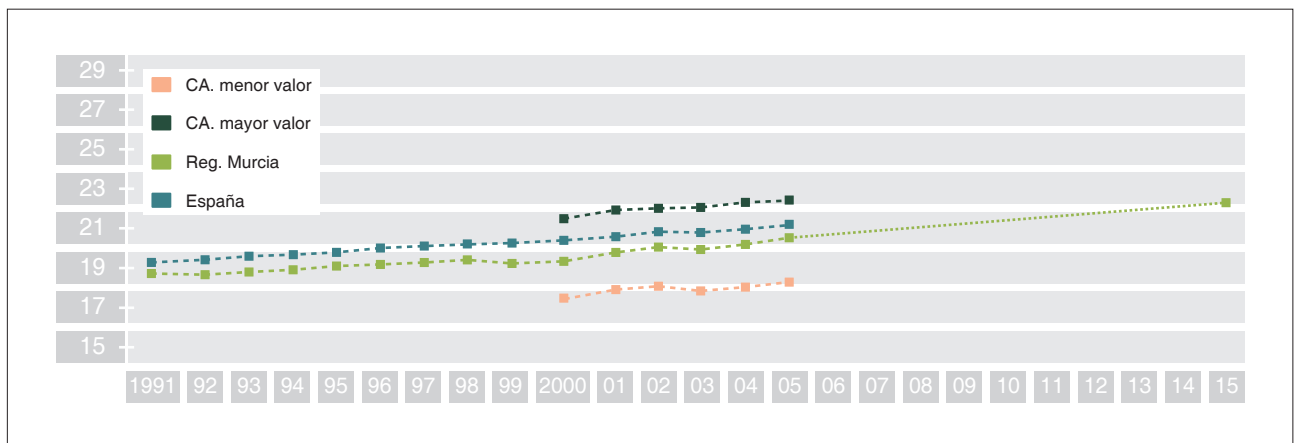
OBJETIVO: Alcanzar una esperanza de vida a los 65 años en los hombres de 17,8 años en el año 2015 (0,4 años de vida adicional sobre la tendencia esperada).

ESPERANZA VIDA A LOS 65 AÑOS. HOMBRES



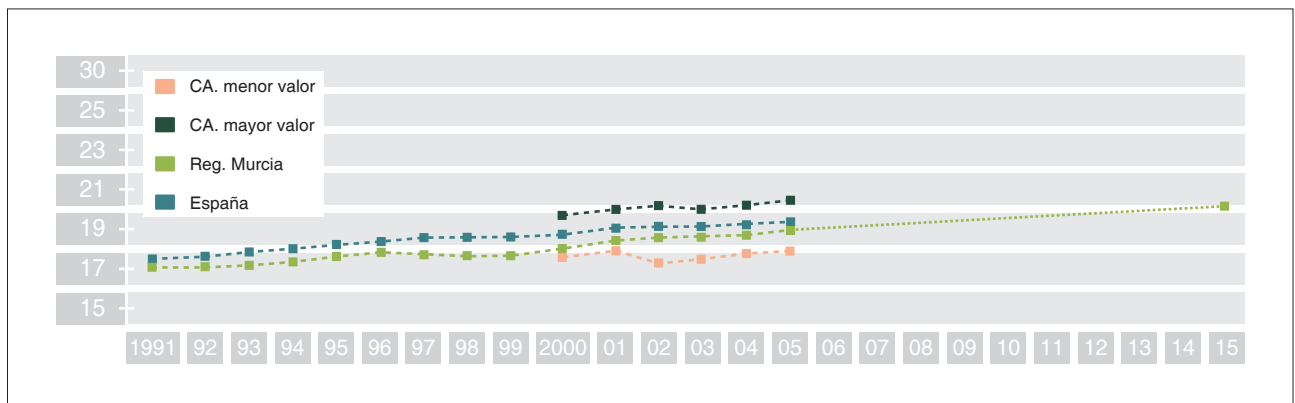
OBJETIVO: Alcanzar una esperanza de vida a los 65 años en las mujeres de 22 años en el año 2015 (0,3 años de vida adicional sobre la tendencia esperada).

ESPERANZA VIDA A LOS 65 AÑOS. MUJERES



OBJETIVO: Alcanzar una esperanza de vida a los 65 años para ambos sexos de 20,1 años en el año 2015 (0,3 años de vida adicional sobre la tendencia esperada).

ESPERANZA VIDA A LOS 65 AÑOS. AMBOS SEXOS



5.3/ MORTALIDAD INFANTIL

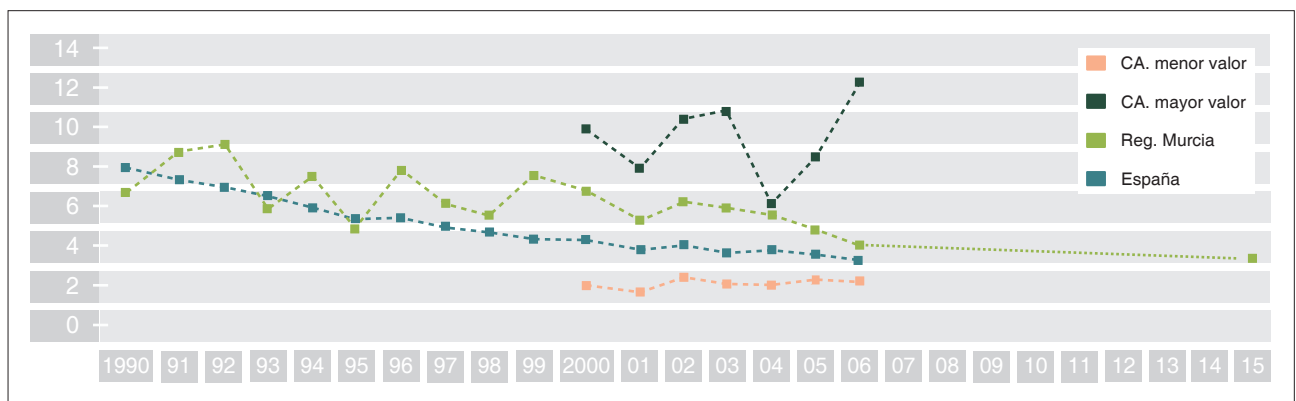
❖ La mortalidad infantil se situó en la Región de Murcia en el año 2006 en 4,15/1.000 nacidos vivos, mientras que en España en ese mismo año era de 3,53. Se pretende disminuir esta diferencia a lo largo de la vigencia del Plan de Salud, por lo que

se plantea que en el año 2015 la mortalidad infantil en la Región se reduzca al 3,5, superando en este periodo el diferencial en relación al conjunto del país.

❖ En 2006 la tasa de mortalidad perinatal se situó en 6,03/1.000 nacidos vivos en la Región de Murcia y en 4,80/1.000 en España. El indicador de la Región presenta un resultado al alza limitado en ese ejercicio y que rompe una tendencia descendente consolidada en los últimos 15 años por lo que es posible que haya algún problema circunstancial y de registro que hay influido en este resultado. En cualquier caso y en coherencia con el planteamiento de la mortalidad infantil, también en este objetivo se plantea alcanzar el mismo resultado que el conjunto de España en 2015 .

OBJETIVO: Reducir la mortalidad infantil a cifras por debajo de 3,5/1.000 nacidos vivos en 2015.

MORTALIDAD INFANTIL POR 1.000 NACIDOS VIVOS



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

OBJETIVO: Reducir la mortalidad perinatal a cifras por debajo del 4,5/1.000 nacidos vivos en 2015.

MORTALIDAD PERINATAL POR 1.000 NACIDOS VIVOS



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

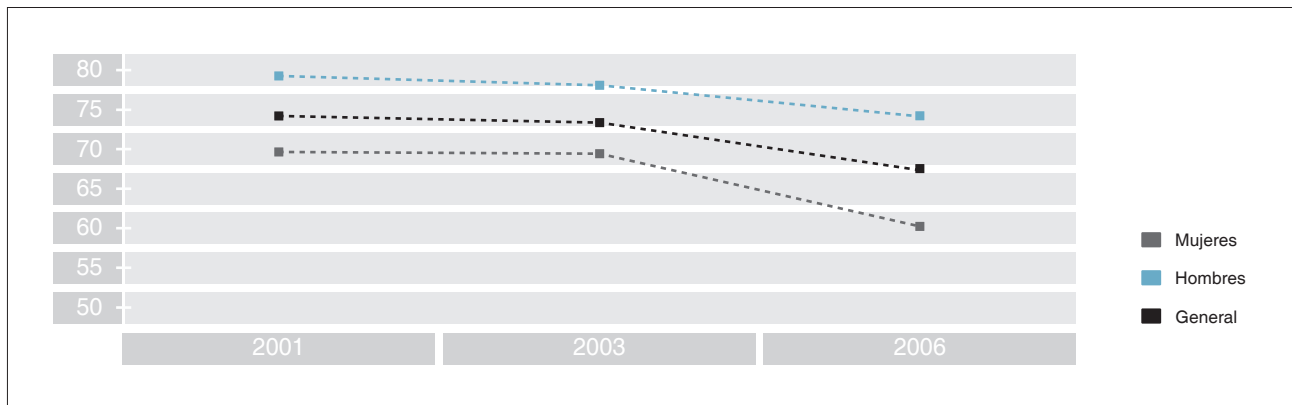
5.4/ SALUD PERCIBIDA /

❖ El 67% de la población de la Región tiene una percepción positiva de su estado de salud, una cifra discretamente inferior a la española (70%). Esta percepción es especialmente baja en mujeres, donde alcanza solo al 60% de la población. En

este objetivo se plantea sobre todo detener la tendencia descendente observada en las tres mediciones realizadas y mantener esta percepción positiva en cotas superiores al 70% de la población.

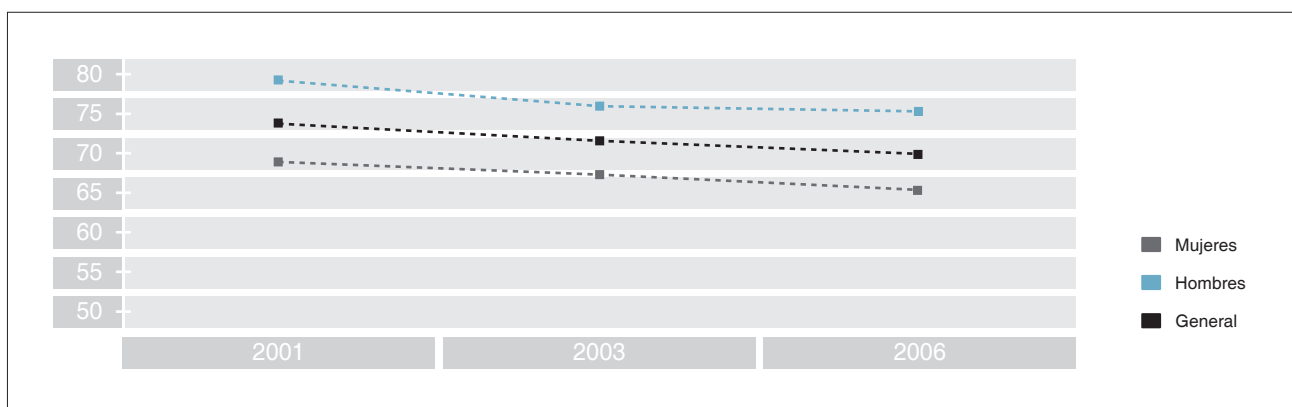
❖ La calidad de vida relacionada con la salud, de la que sólo se dispone de datos regionales, se ha estratificado en función de la existencia de alguna enfermedad crónica. Los resultados, de nuevo ponen de manifiesto una valoración más negativa de las mujeres, tanto en su salud física (índice de salud físico) como mental (índice de salud mental). Se plantea mejorar los resultados actuales reduciendo la diferencia entre hombres y mujeres al menos en un 30%.

PERCEPCIÓN POSITIVA DEL ESTADO DE SALUD REGIÓN DE MURCIA (%)



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

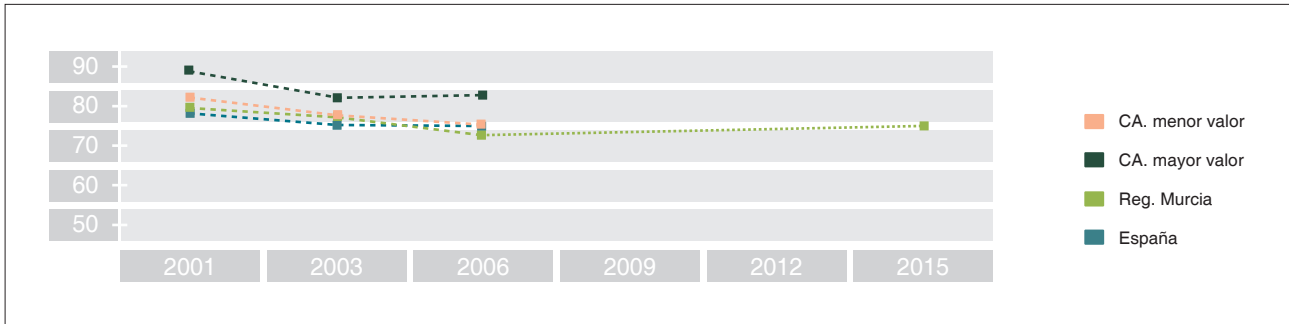
PERCEPCIÓN POSITIVA DEL ESTADO DE SALUD ESPAÑA (%)



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

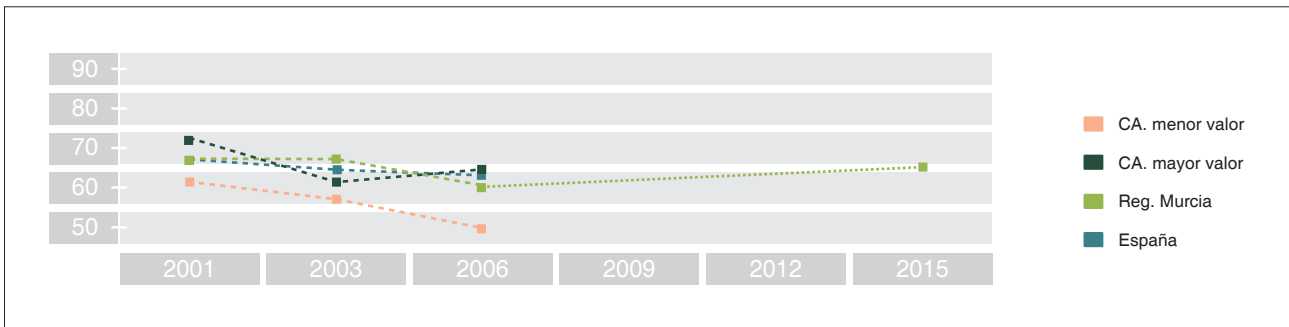
OBJETIVO: Incrementar la percepción positiva del estado de salud en hombres a tasas superiores al 75%.

PERCEPCIÓN POSITIVA DEL ESTADO DE SALUD (%). HOMBRES



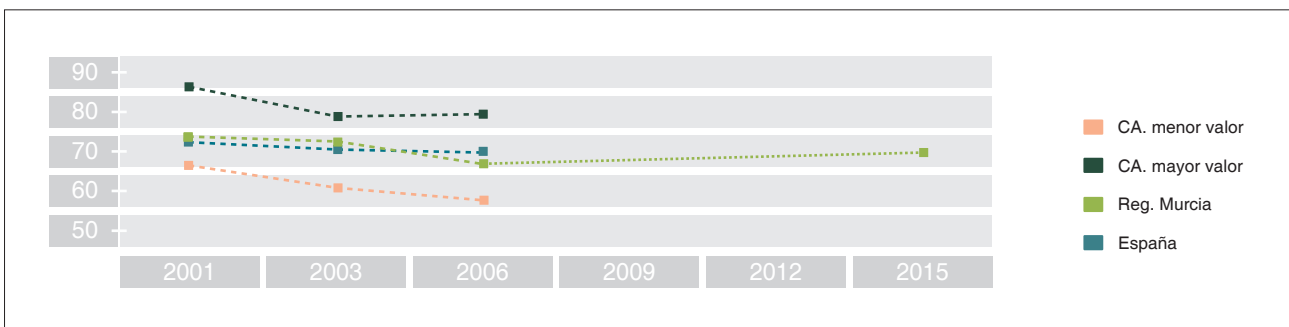
OBJETIVO: Incrementar la percepción positiva del estado de salud en mujeres a tasas superiores al 65%.

PERCEPCIÓN POSITIVA DEL ESTADO DE SALUD (%). MUJERES



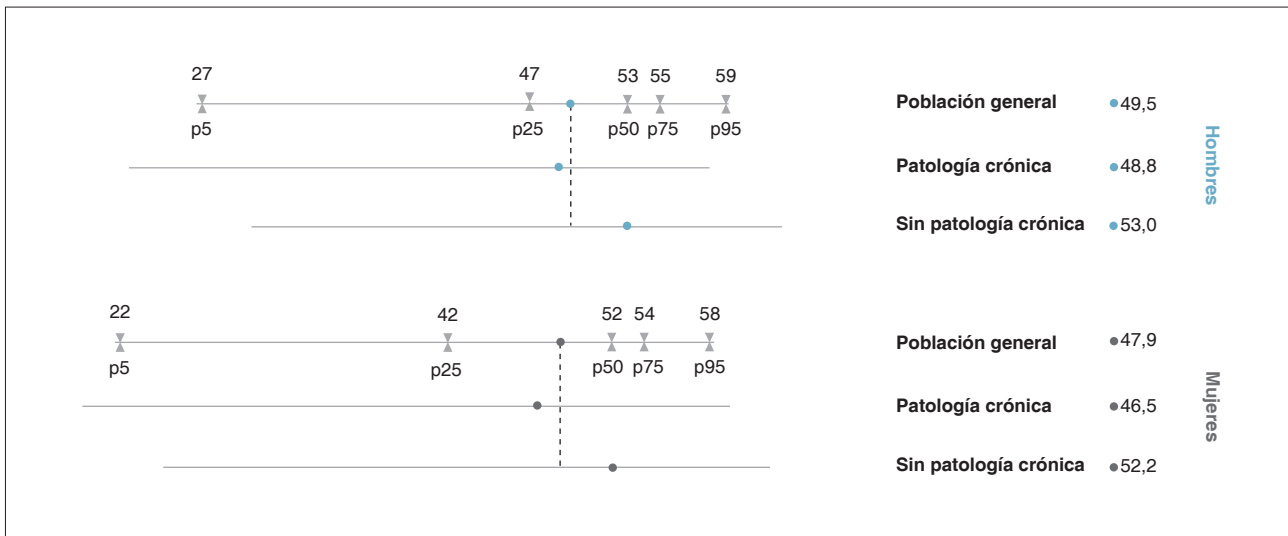
OBJETIVO: Incrementar la percepción positiva del estado de salud en el conjunto de la población a tasas superiores al 70%.

PERCEPCIÓN POSITIVA DEL ESTADO DE SALUD (%). AMBOS SEXOS

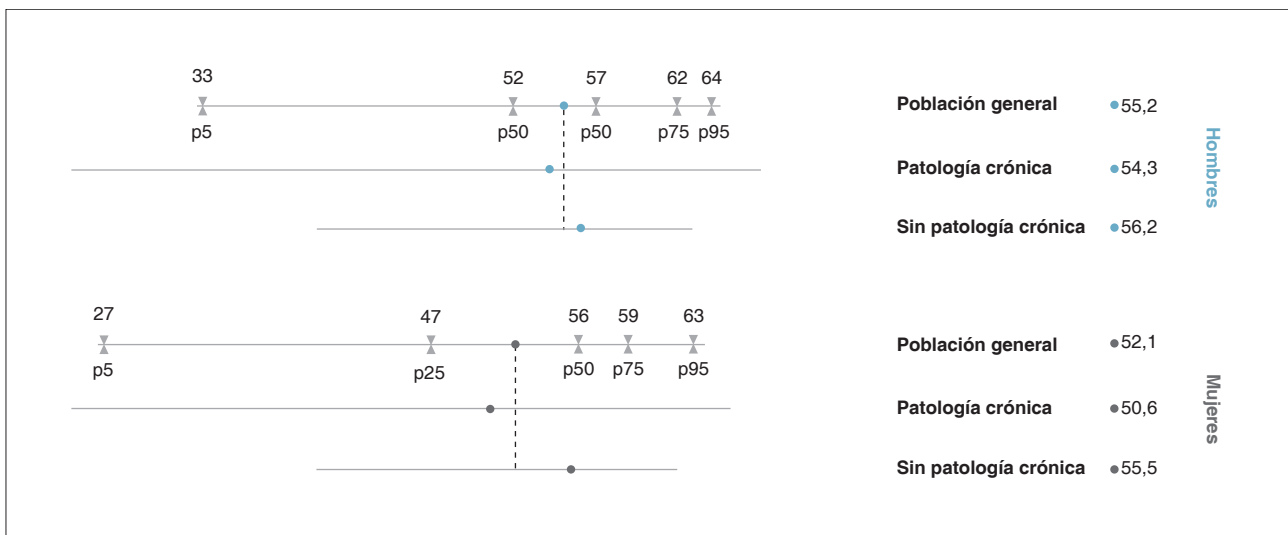


OBJETIVO: Disminuir el diferencial medio de calidad de vida relacionada con la salud, para el índice de salud físico y mental, entre mujeres y hombres en un 30%, sin que descienda el valor medio de estos últimos.

ÍNDICE DE SALUD FÍSICO: PERCENTILES (X) Y VALORES MEDIOS ESTANDARIZADOS POR EDAD (●) DE LA POBLACIÓN GENERAL Y SUBGRUPOS CON O SIN PATOLOGÍA CRÓNICA. REGIÓN DE MURCIA 2007



ÍNDICE DE SALUD MENTAL: PERCENTILES (X) Y VALORES MEDIOS ESTANDARIZADOS POR EDAD (●) DE LA POBLACIÓN GENERAL Y SUBGRUPOS CON O SIN PATOLOGÍA CRÓNICA. REGIÓN DE MURCIA 2007



Fuente: Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en población general de la Región de Murcia. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo.

Nota: Resultados de la aplicación del cuestionario de calidad de vida SF-12v2 (a menor valor numérico, peor CVRS).

6/ OBJETIVOS SOBRE LOS DETERMI- NANTES Y PROBLEMAS DE SALUD /

Existen varios modelos para intentar explicar los determinantes de la salud y de su pérdida. Uno de ellos es el diseñado por Marc Lalonde en el documento “*Nuevas perspectivas de la salud de los canadienses*”; en el que identifica cuatro grandes grupos de determinantes:

- ❖ La biología humana (constitución, carga genética, crecimiento, desarrollo, envejecimiento).
- ❖ El medio ambiente (contaminación física, química, psicosocial y sociocultural).
- ❖ Los estilos de vida y conductas de salud (drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, violencia, conducción peligrosa, mala utilización de los servicios sanitarios).
- ❖ Sistemas de asistencia sanitaria (beneficios de las intervenciones preventivas y terapéuticas, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de espera excesivas, burocratización de la asistencia...).

En el momento actual se considera que casi todos los factores que integran los determinantes de la salud son modificables, incluido la biología humana que hasta hace poco estaba considerada como poco influenciable, pero que el avance de la ciencia lo ha puesto en duda.

Existe una amplia literatura que intenta relacionar la adecuación de la distribución de los recursos públicos entre los diferentes determinantes de la salud y su aportación a la salud de la población. En todos ellos se pone de manifiesto el desequilibrio actual en la distribución de los recursos; habitualmente éstos se concentran en el sistema de asistencia sanitaria, siendo este factor el que en menor medida contribuye a la mejora de la salud. En el extremo opuesto se sitúa el estilo de vida y el medio ambiente a los que se destina una parte minoritaria de los recursos contradiciendo su potencialidad en la contribución a la salud del conjunto de la ciudadanía.

Siendo conscientes de esta realidad, y con el interés de intentar equilibrar la balanza de efectividad/aportación de recursos, se han seleccionado **cuatro grandes áreas de intervención** para el desarrollo del Plan de Salud 2010-2015:

- ❖ Los **estilos de vida** referidos a los comportamientos de las personas que pueden influir positivamente o negativamente sobre su salud y que se configura como el condicionante que en mayor medida puede contribuir a la mejora de la salud de la ciudadanía.
- ❖ El **entorno**, el medio ambiente y en general todos los condicionantes del medio que pueden influir negativamente en la salud de las personas o pueden contribuir a un mayor bienestar físico y afectivo.
- ❖ La **protección colectiva de la salud** desarrollando políticas para reforzar los mecanismos de prevención de las enfermedades.

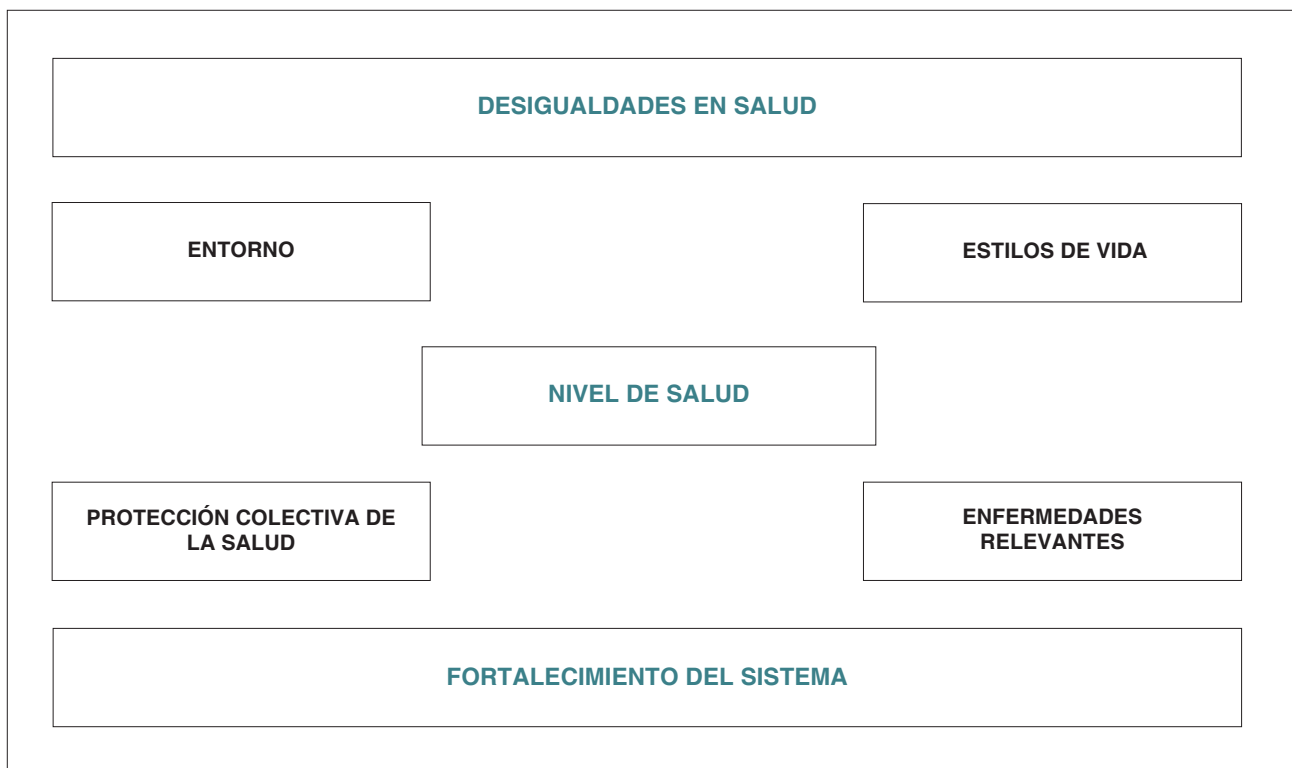
❖ Las **enfermedades más relevantes** que afectan a la población, orientada a identificar actuaciones para restaurar la salud de las personas que padecen una enfermedad combinando actuaciones desde el sistema sanitario y desde la implicación del paciente con su problema de salud.

Complementariamente, se han identificado **dos abordajes transversales**:

❖ Las **desigualdades en salud**, para actuar sobre las poblaciones más vulnerables, de manera que se aborden los ries-

gos para la salud relacionados con la posición en la estructura social (entre ellos figuran niños, ancianos, personas en riesgo de exclusión social y personas que han perdido su autonomía personal).

❖ El **fortalecimiento del sistema sanitario** para dar respuesta a los desafíos que plantean el desarrollo de las necesidades y expectativas de la población, así como el desarrollo científico, que incrementa día a día las oportunidades de diagnosticar y tratar las enfermedades.



En este apartado del documento se recogen los objetivos enunciados para cada una de estas seis áreas y abordajes. Para cada uno de ellos se detalla la evolución de los indicadores, las previsiones y los resultados cuantificados a alcanzar durante la ejecución del Plan de Salud, desglosados para cada género. Además se incluye una descripción resumida de las intervenciones que se deberán desarrollar para el logro de los objetivos, junto con su justificación y propósito y los indicadores para su seguimiento.

6.1/ OBJETIVOS E INTERVENCIO- NES SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA /

El estilo de vida y las conductas de salud constituyen el determinante que en mayor medida puede influir en la salud de la población. La adopción colectiva de estilos saludables de vida tendría un gran impacto en la reducción de la mortalidad. Las principales causas de mortalidad por enfermedad, cáncer, enfermedad cardio y cerebrovascular y enfermedad respiratoria, están directamente relacionadas con comportamientos personales que actúan negativamente sobre la salud a los que las personas se exponen voluntariamente. Por ello, la adopción colectiva de estilos saludables de vida reduciría la mortalidad y mejoraría la calidad de vida de la ciudadanía.

De todos son conocidos los beneficios de llevar una vida saludable, alimentarse de forma equilibrada, hacer ejercicio físico y deporte, disponer de apoyo social, disfrutar del ocio saludable, etc. También se conoce el perjuicio que causa el tabaco, el abuso del alcohol y las drogas. Se trata, por lo tanto, de capacitar a los individuos para que tomen las decisiones más adecuadas en relación a su estilo de vida, adquiriendo habilidades encaminadas a conservar su salud y mantener su autonomía personal.

Estos avances requieren para su mantenimiento la puesta en marcha de estrategias adaptadas a una sociedad más y mejor informada, con más conocimientos sobre riesgos para la salud, con un mayor compromiso con su salud y la de su comunidad y con un gran acceso a las nuevas tecnologías de la información y comunicación.

Las actuaciones de promoción de salud deben realizarse donde las personas viven, estudian, trabajan, juegan, se relacionan social y afectivamente. De aquí la necesidad de hacer intervenciones sobre los estilos de vida en los escenarios vitales de las personas. Es decir, en los entornos de salud (hogar, familia, escuela, trabajo, pueblo y ciudad) y en los centros sanitarios.

La promoción de salud como estrategia de intervención aumenta su eficacia cuando se aplica de forma estructurada y coherente en diferentes entornos. Por ejemplo, definir una estrategia de

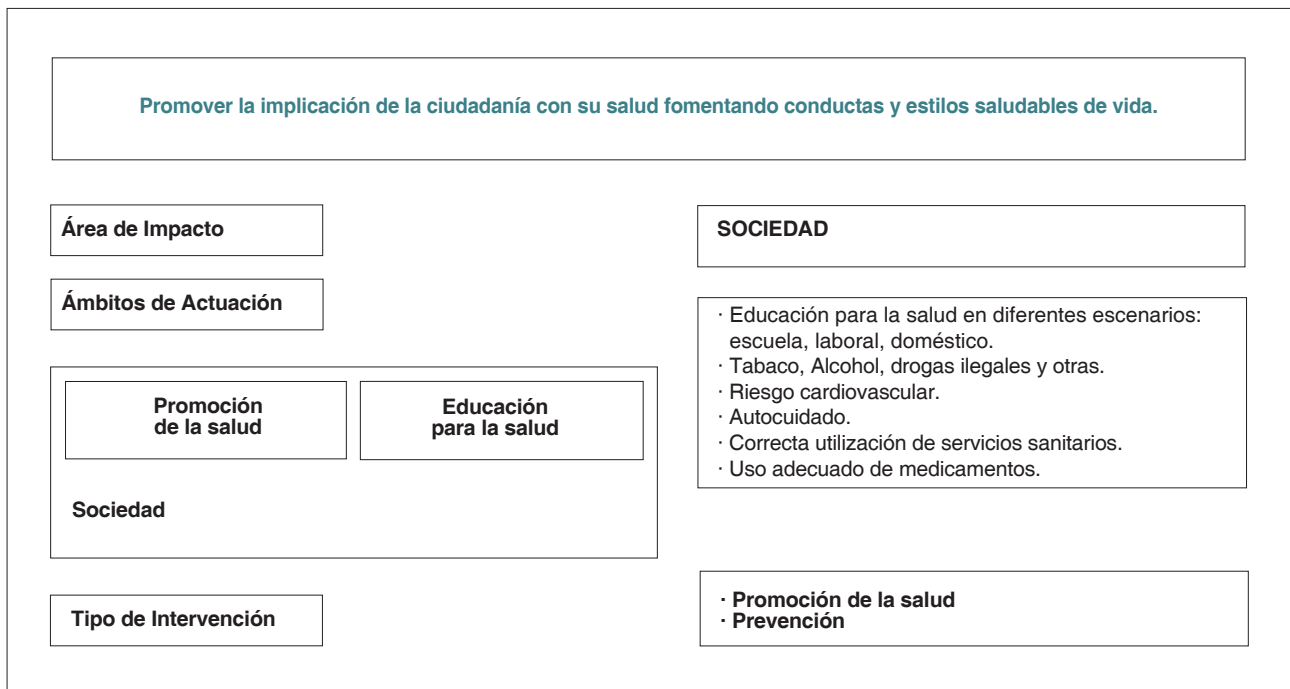
promoción de hábitos saludables y prevención de riesgos en adolescentes y jóvenes, seleccionando de forma concurrente diversos escenarios (familia, escuela, ciudad) tiene un “efecto amplificador”. Aumenta la eficiencia de la acción. Los conocimientos, habilidades y mensajes transmitidos pueden llegar a la población diana y a otros mediadores: padres, educadores, responsables municipales, profesionales de los medios de comunicación, etc.

La educación para la salud se configura como la principal herramienta para establecer hábitos saludables de vida en la población. Este apartado exige una especial atención al entorno escolar en el que niños y jóvenes pueden aprender conductas de vida y valores sociales. La comunidad educativa, junto con el entorno familiar, tienen la oportunidad de formar personas implicadas con su salud, unos valores que adquiridos en edad temprana se mantendrán a lo largo de la vida de la persona.

Todos los profesionales sanitarios, y especialmente los de atención primaria, tienen innumerables oportunidades en su ejercicio profesional de promover la salud en la ciudadanía. Sin embargo, la dedicación a resolver problemas de salud instaurados o a la incorporación de nuevos tratamientos o programas asistenciales distrae la atención sobre estas actividades básicas que sin lugar a dudas aportarían más valor en la configuración de una sociedad de personas sanas. Por ello se reconoce la necesidad de sensibilizar a los profesionales, y en algunos casos reforzar su formación, en relación con las actividades de promoción de la salud.

Es necesario, no sólo formar a la población sana en el cuidado de su salud, sino que las personas que la han perdido por una enfermedad, además de la aplicación de los tratamientos avalados por la evidencia científica, necesitan un consejo clínico personalizado sobre los cambios de comportamientos y estilos de vida que pueden contribuir a restaurar su salud o a mitigar el impacto de la enfermedad.

Por último, mencionar que en este apartado de estilos de vida es donde es más necesarios el liderazgo del Gobierno de la Región para la puesta en marcha de estas iniciativas y la colaboración intersectorial. Ya se ha comentado previamente la necesidad de implicar a la comunidad educativa en esta tarea. También los Ayuntamientos tienen un gran papel en las conductas de la población y en facilitar estilos de vida saludables, sobre la educación y el entorno, a través de la creación de favorecedores de una vida sana. De esta forma Sanidad, Educación y Administración Local deben ir de la mano y actuar conjuntamente en la promoción de la salud. En la Región de Murcia existen experiencias exitosas y que han servido de referente nacional, como son los grupos de participación social creados en el marco del Plan de Educación para la Salud en la Escuela” y en los que están representados tanto la administración educativa y sanitaria como la administración local. El reto que plantea este Plan de Salud es extender estas iniciativas de actuación conjunta y combinada de Sanidad, Educación y Ayuntamientos al conjunto de la Región.

**OBJETIVOS:**

- ❖ Reducir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en población de 2 a 17 años.
- ❖ Reducir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población adulta.
- ❖ Reducir el sedentarismo en la población.
- ❖ Reducir la prevalencia de fumadores habituales en mayores de 15 años.
- ❖ Incrementar la tasa de abandono del consumo de tabaco.
- ❖ Retrasar la edad de inicio del consumo de tabaco.
- ❖ Reducir el porcentaje de personas expuestas al humo de tabaco ambiental.
- ❖ Reducir el porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol.
- ❖ Reducir el consumo de drogas.
- ❖ Retrasar la edad media de inicio del consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas ilegales en población adolescente escolarizada (14-18 años).
- ❖ Reducir la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres de menos de 20 años.
- ❖ Reducir la tasa de nacidos en madres de menos de 20 años.

- ❖ Fomentar el uso del preservativo en las relaciones sexuales.

INTERVENCIONES:

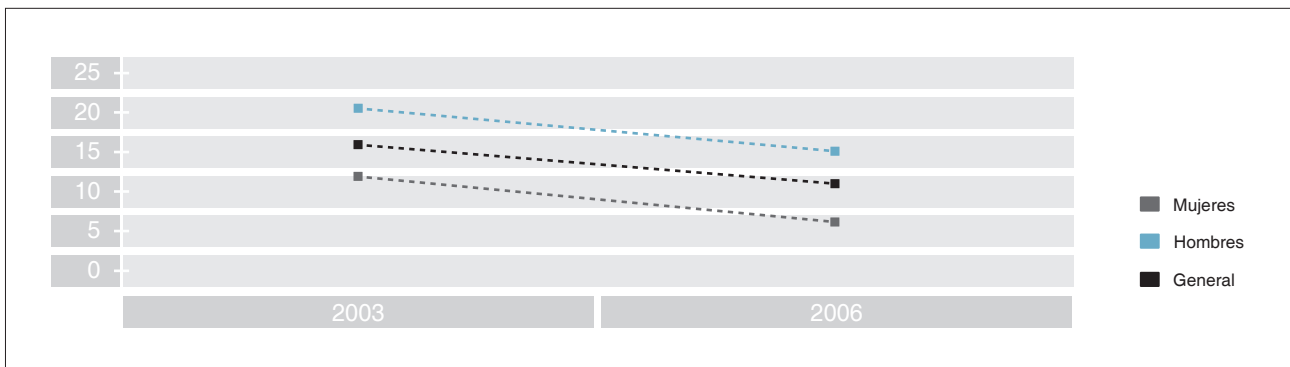
- ❖ Facilitar la adopción de una dieta sana y equilibrada entre la población.
- ❖ Promover en la población una actitud física activa orientada a la realización periódica de ejercicio físico.
- ❖ Reducir el consumo de tabaco y el número de fumadores en el conjunto de la población.
- ❖ Reducir el consumo de alcohol y otras drogas en el conjunto de la población.
- ❖ Favorecer un estado psicológico saludable.
- ❖ Promover la educación afectivo sexual orientada a la prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual.
- ❖ Promover la implicación de la ciudadanía con su salud.

6.1.1/ OBJETIVOS SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA /

6.1.1.1/ OBESIDAD INFANTIL /

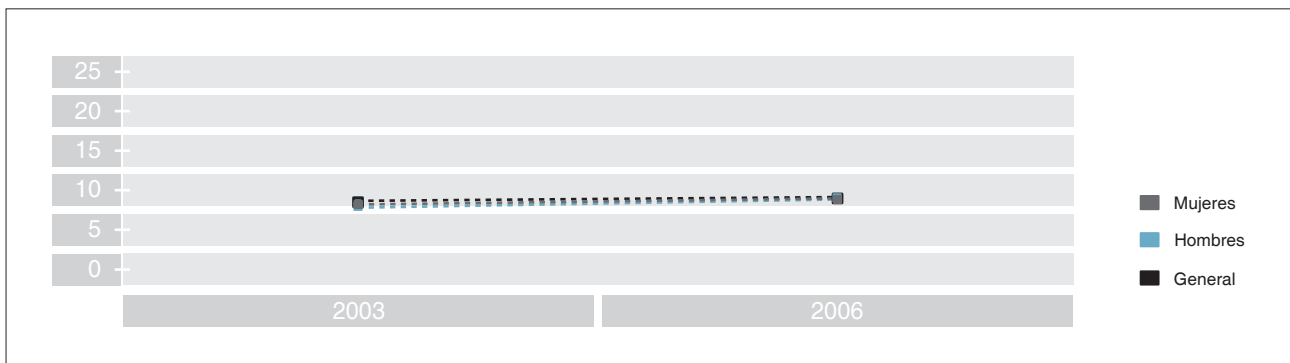
❖ La obesidad infantil, dada su prevalencia y morbilidad asociada, constituye un problema de urgente abordaje en la Región. El 15% de los niños y el 7% de las niñas son obesos. Estos datos sitúan a la Región en los niveles más altos de España.

PREVALENCIA DE OBESIDAD POR 100 HAB. DE 2 A 17 AÑOS. REGIÓN DE MURCIA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

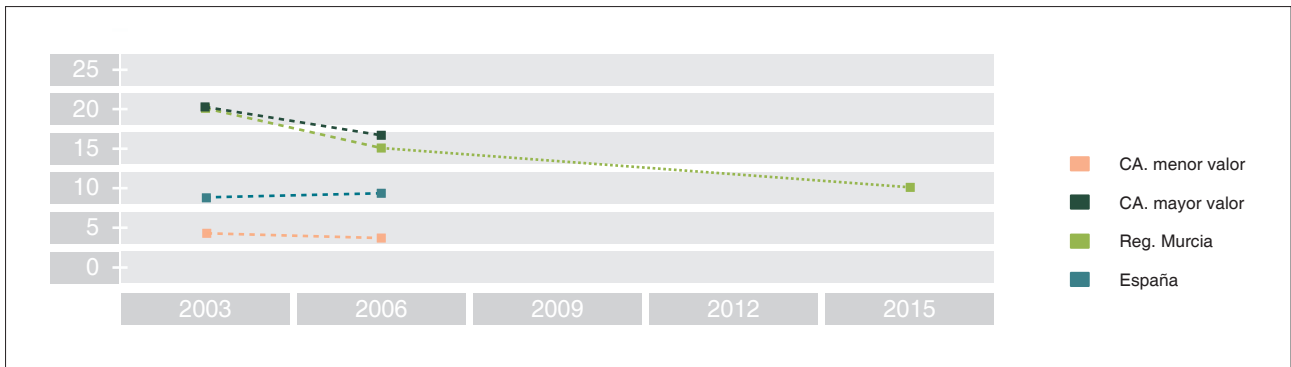
PREVALENCIA DE OBESIDAD POR 100 HAB. DE 2 A 17 AÑOS. ESPAÑA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

OBJETIVO: Reducir la prevalencia de obesidad en varones de 2 a 17 años por debajo del 10% en 2015.

PREVALENCIA DE OBESIDAD POR 100 HAB. DE 2 A 17 AÑOS. HOMBRES



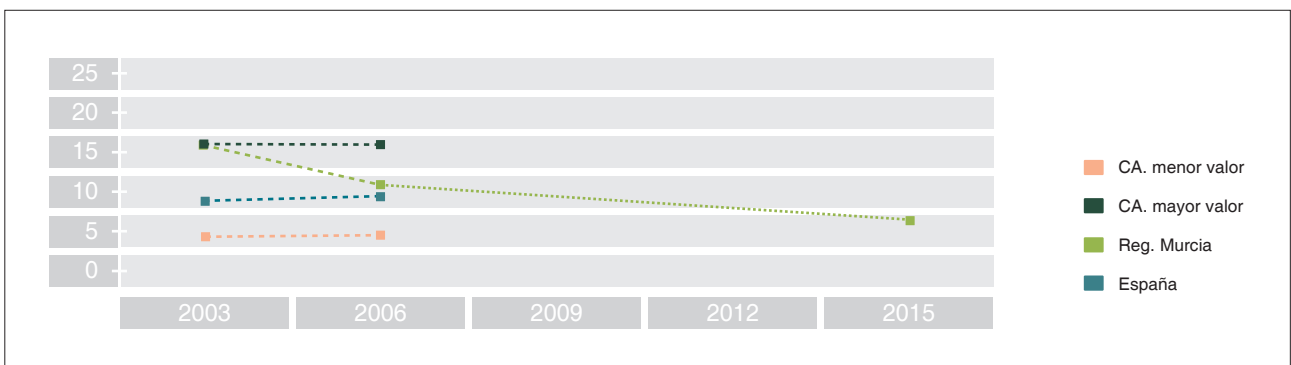
OBJETIVO: Reducir la prevalencia de obesidad en mujeres de 2 a 17 años por debajo del 5% en 2015.

PREVALENCIA DE OBESIDAD POR 100 HAB. DE 2 A 17 AÑOS. MUJERES



OBJETIVO: Reducir la prevalencia de obesidad en población de ambos sexos de 2 a 17 años por debajo del 7% en 2015.

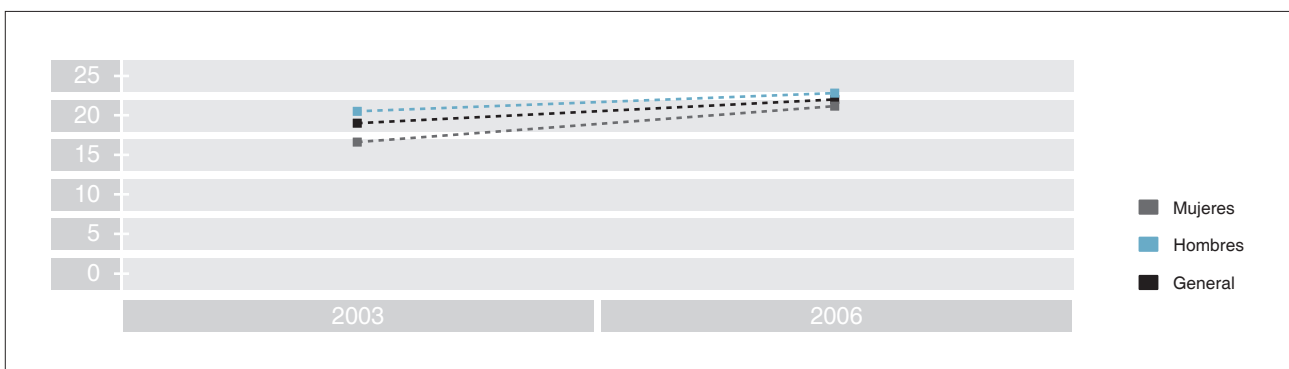
PREVALENCIA DE OBESIDAD POR 100 HAB. DE 2 A 17 AÑOS. AMBOS SEXOS



6.1.1.2/ SOBREPESO INFANTIL /

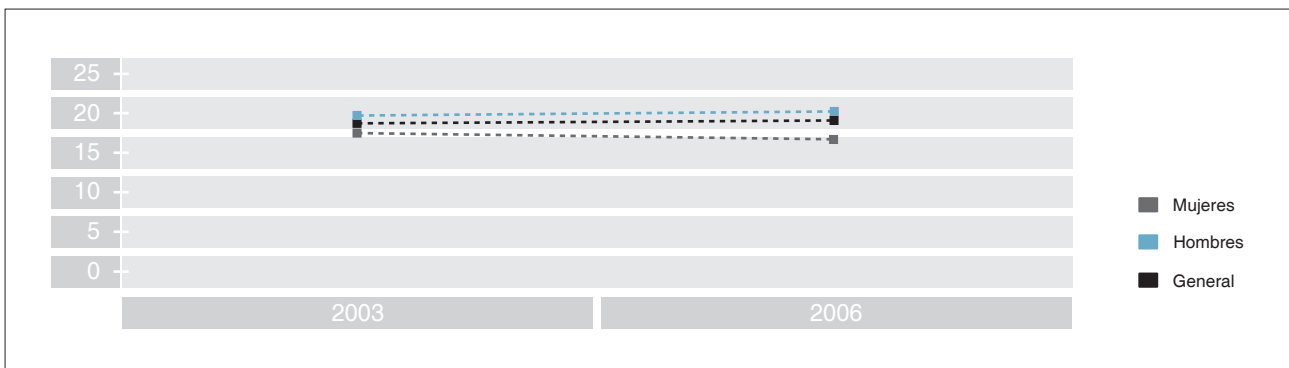
- ❖ El sobrepeso afecta al 22% de los niños y 21% de las niñas. Estos datos sitúan a la Región en los niveles más altos de España.

PREVALENCIA DE SOBREPESO POR 100 HAB. DE 2 A 17 AÑOS. REGIÓN DE MURCIA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

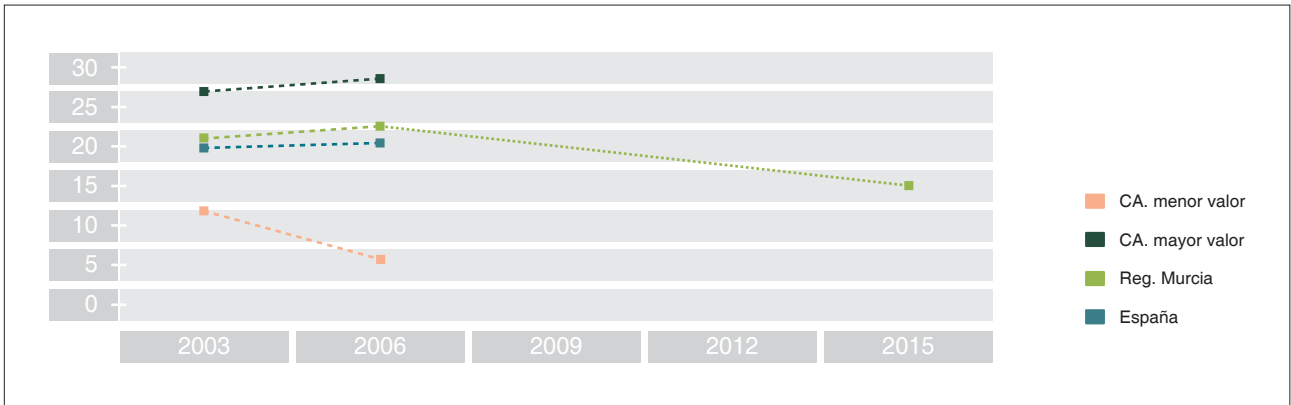
PREVALENCIA DE SOBREPESO POR 100 HAB. DE 2 A 17 AÑOS. ESPAÑA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

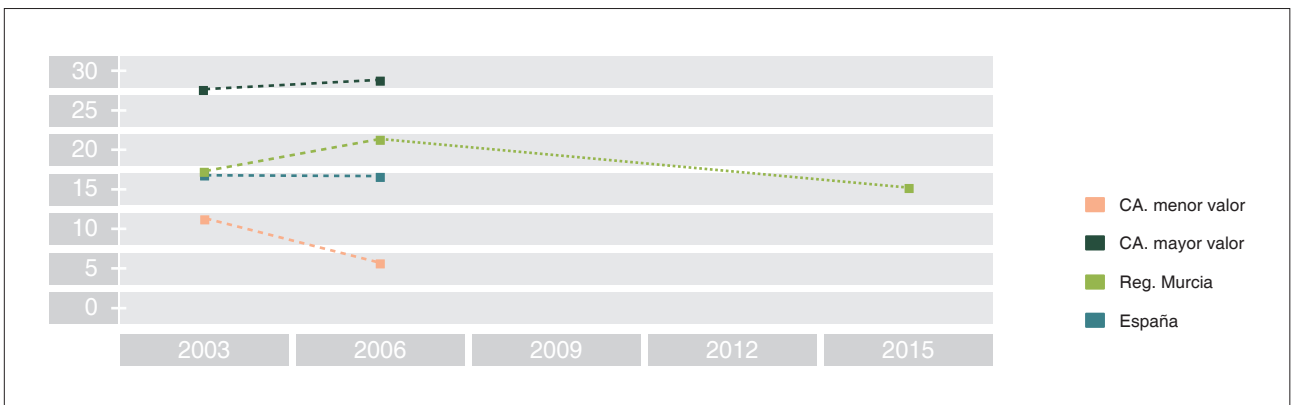
OBJETIVO: Reducir la prevalencia de sobrepeso en varones de 2 a 17 años por debajo del 15% en 2015.

PREVALENCIA DE SOBREPESO POR 100 HAB. DE 2 A 17 AÑOS. HOMBRES



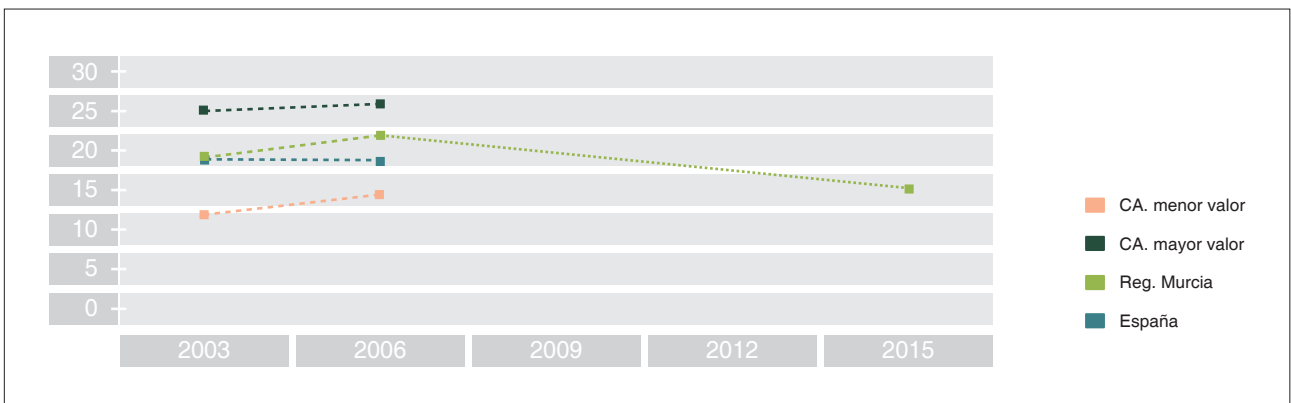
OBJETIVO: Reducir la prevalencia de sobrepeso en mujeres de 2 a 17 años por debajo del 15% en 2015.

PREVALENCIA DE SOBREPESO POR 100 HAB. DE 2 A 17 AÑOS. MUJERES



OBJETIVO: Reducir la prevalencia de sobrepeso en población de ambos sexos de 2 a 17 años por debajo del 15% en 2015.

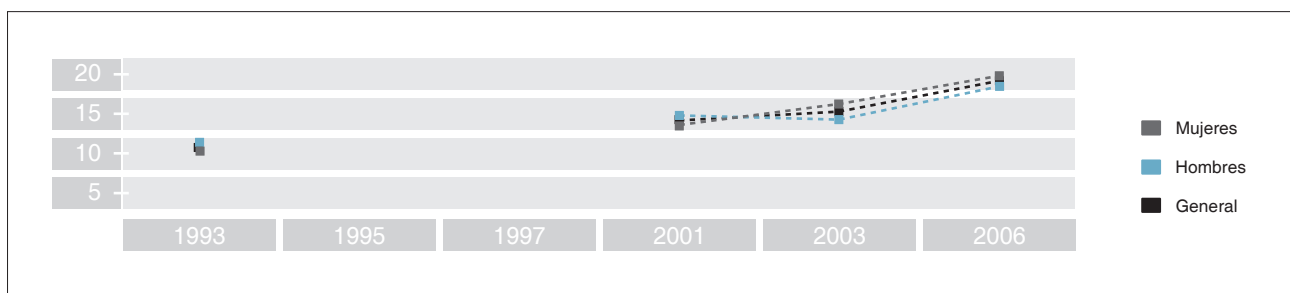
PREVALENCIA DE SOBREPESO POR 100 HAB. DE 2 A 17 AÑOS. AMBOS SEXOS



6.1.1.3/ OBESIDAD EN ADULTOS /

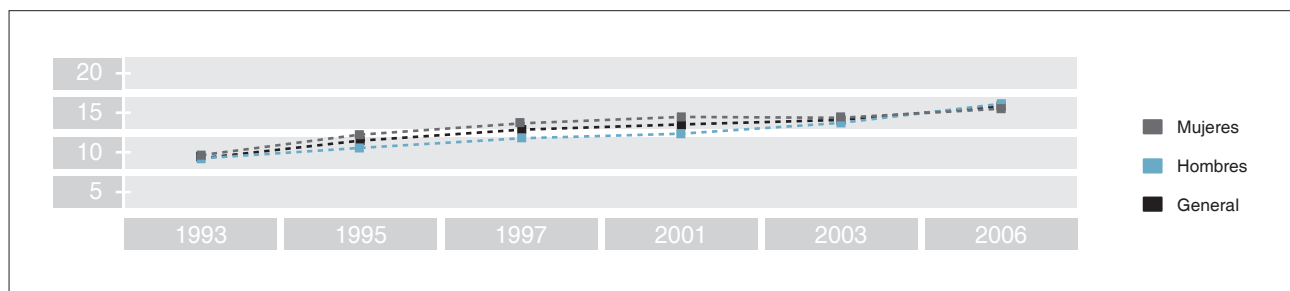
❖ La Región de Murcia es la Comunidad Autónoma con una mayor tasa de obesidad en adultos con una incidencia de un 20% en mujeres y un 19% en hombres, superando en cuatro puntos la media española.

PREVALENCIA DE OBESIDAD POR 100 HAB. DE 18 Y MÁS AÑOS. REGIÓN DE MURCIA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

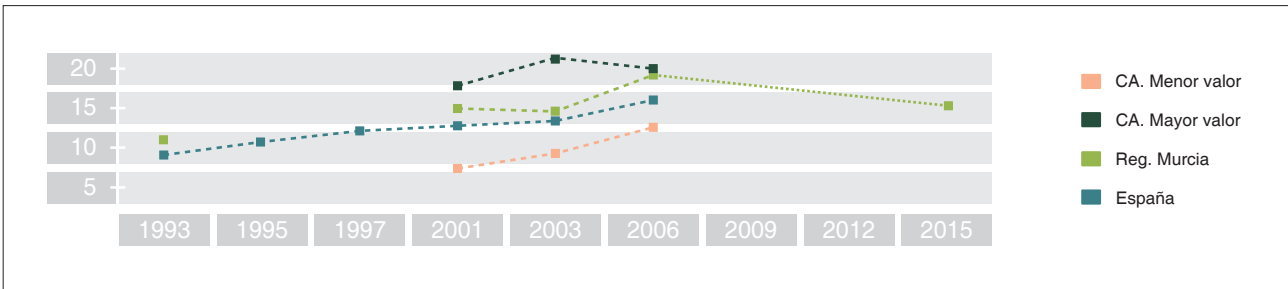
PREVALENCIA DE OBESIDAD POR 100 HAB. DE 18 Y MÁS AÑOS. ESPAÑA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

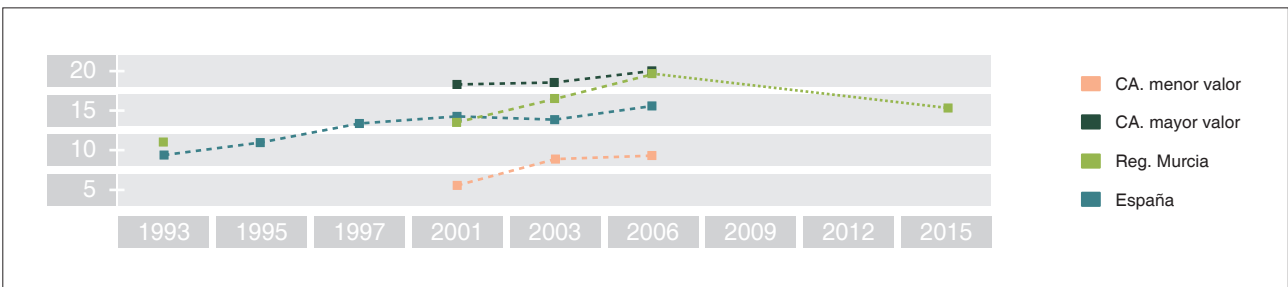
OBJETIVO: Reducir la prevalencia de obesidad en hombres de 18 y más años por debajo del 15% en 2015.

PREVALENCIA DE OBESIDAD POR 100 HAB. DE 18 Y MÁS AÑOS. HOMBRES



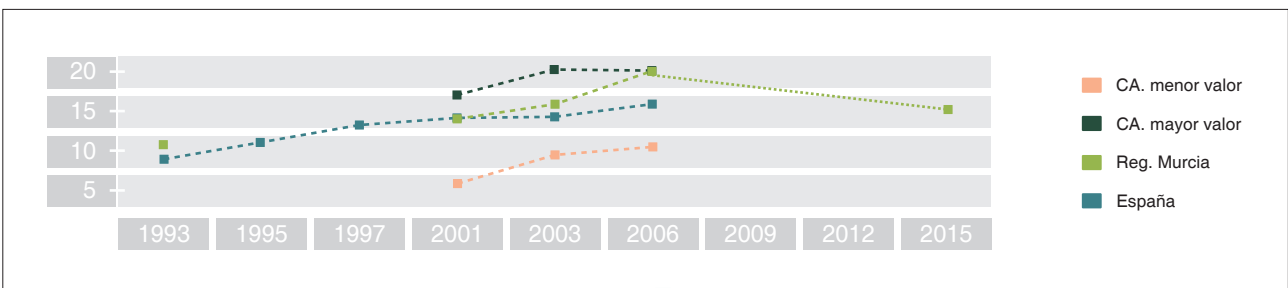
OBJETIVO: Reducir la prevalencia de obesidad en mujeres de 18 y más años por debajo del 15% en 2015.

PREVALENCIA DE OBESIDAD POR 100 HAB. DE 18 Y MÁS AÑOS. MUJERES



OBJETIVO: Reducir la prevalencia de obesidad en población de ambos sexos de 18 y más años por debajo del 15% en 2015.

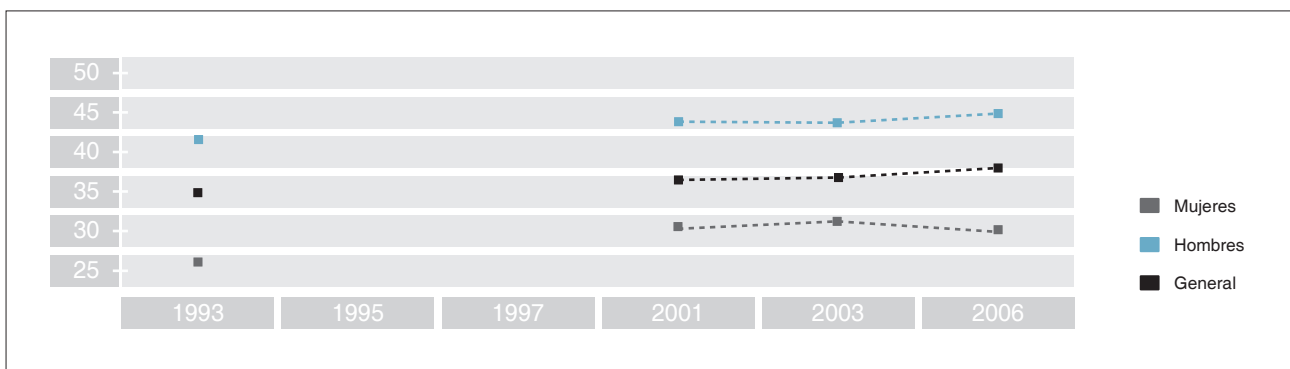
PREVALENCIA DE OBESIDAD POR 100 HAB. DE 18 Y MÁS AÑOS. AMBOS SEXOS



6.1.1.4/ SOBREPESO EN ADULTOS /

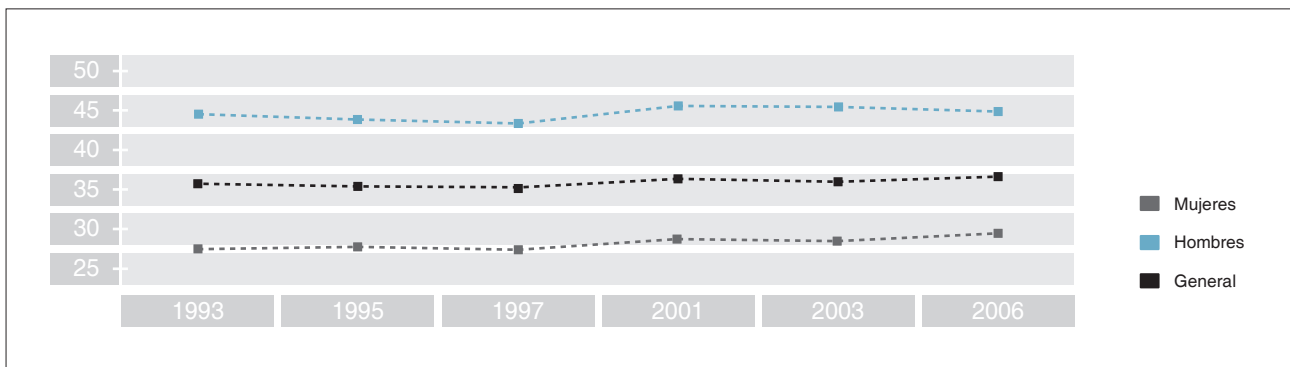
❖ El sobrepeso afecta a casi el 45% de los hombres y al 30% de las mujeres de la Región de Murcia, unas cifras por encima de las del resto del país.

PREVALENCIA DE SOBREPESO POR 100 HAB. DE 18 Y MÁS AÑOS. REGIÓN DE MURCIA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

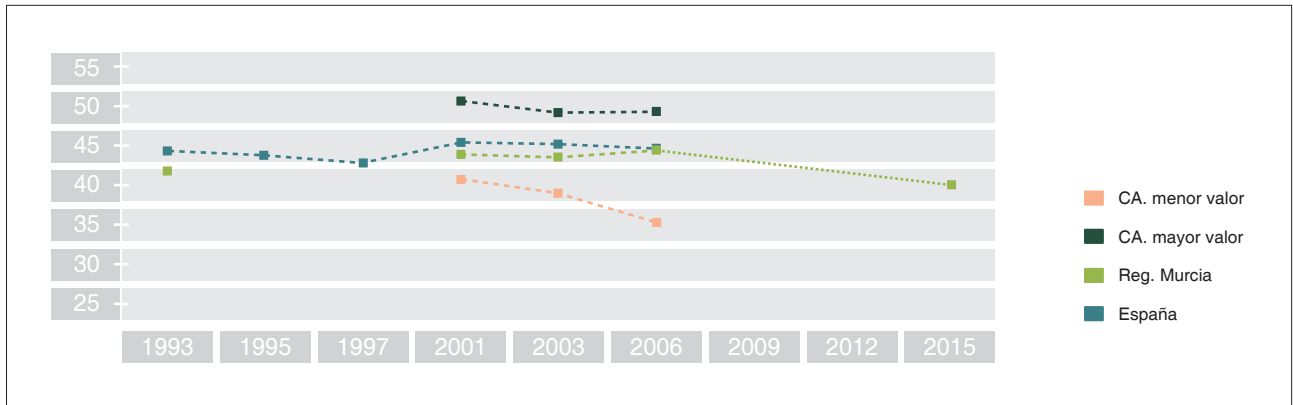
PREVALENCIA DE SOBREPESO POR 100 HAB. DE 18 Y MÁS AÑOS. ESPAÑA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

OBJETIVO: Reducir la prevalencia del sobrepeso en hombres de 18 y más años por debajo del 40% en 2015.

PREVALENCIA DE SOBREPESO POR 100 HAB. DE 18 Y MÁS AÑOS. HOMBRES



OBJETIVO: Reducir la prevalencia del sobrepeso en mujeres de 18 y más años por debajo del 25% en 2015.

PREVALENCIA DE SOBREPESO POR 100 HAB. DE 18 Y MÁS AÑOS. MUJERES



OBJETIVO: Reducir la prevalencia del sobrepeso en población de ambos sexos de 18 y más años por debajo del 35% en 2015.

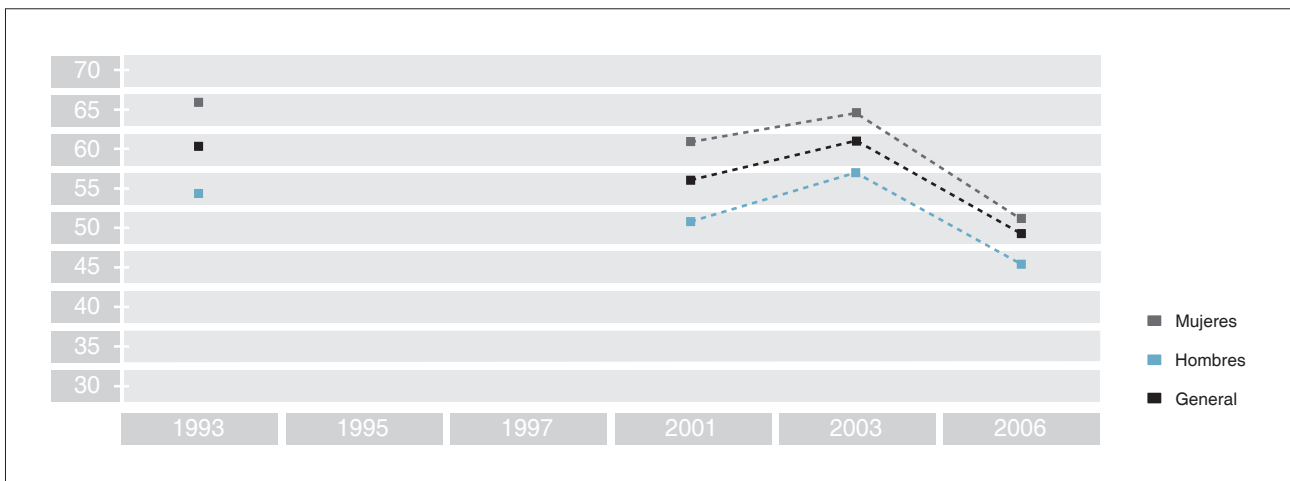
PREVALENCIA DE SOBREPESO POR 100 HAB. DE 18 Y MÁS AÑOS. AMBOS SEXOS



6.1.1.5/ SEDENTARISMO /

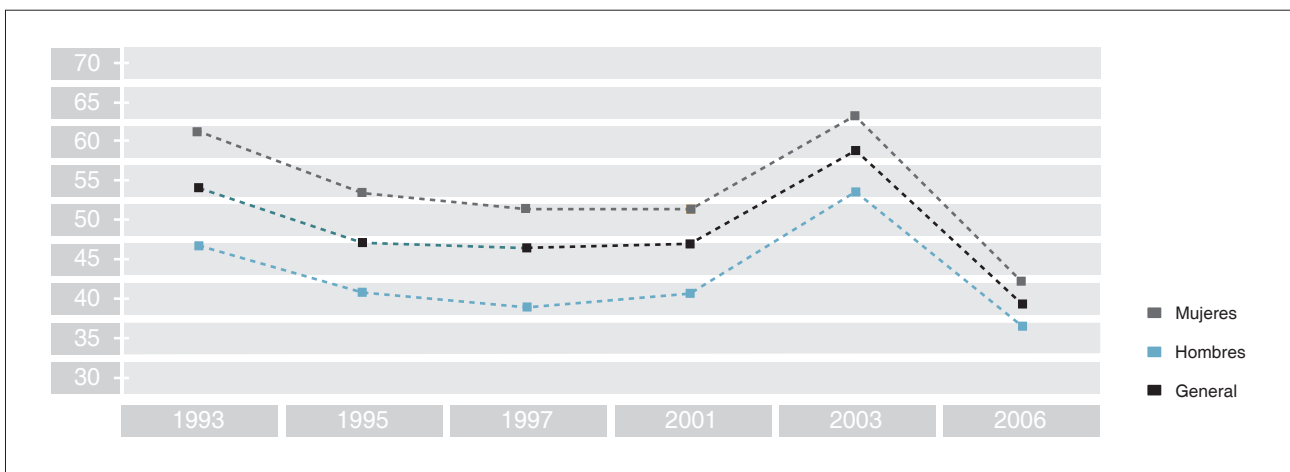
❖ Otro factor de riesgo vascular directamente vinculado a la obesidad y el sobrepeso es el sedentarismo, en donde de nuevo la Región muestra unos resultados desfavorables. El 45% de los hombres y el 52% de las mujeres de la Región tienen un estilo de vida sedentario, superando los 10 puntos a la media española.

PREVALENCIA DE SEDENTARISMO POR 100 HAB. MAYORES DE 15 AÑOS. REGIÓN DE MURCIA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

PREVALENCIA DE SEDENTARISMO POR 100 HAB. MAYORES DE 15 AÑOS. ESPAÑA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

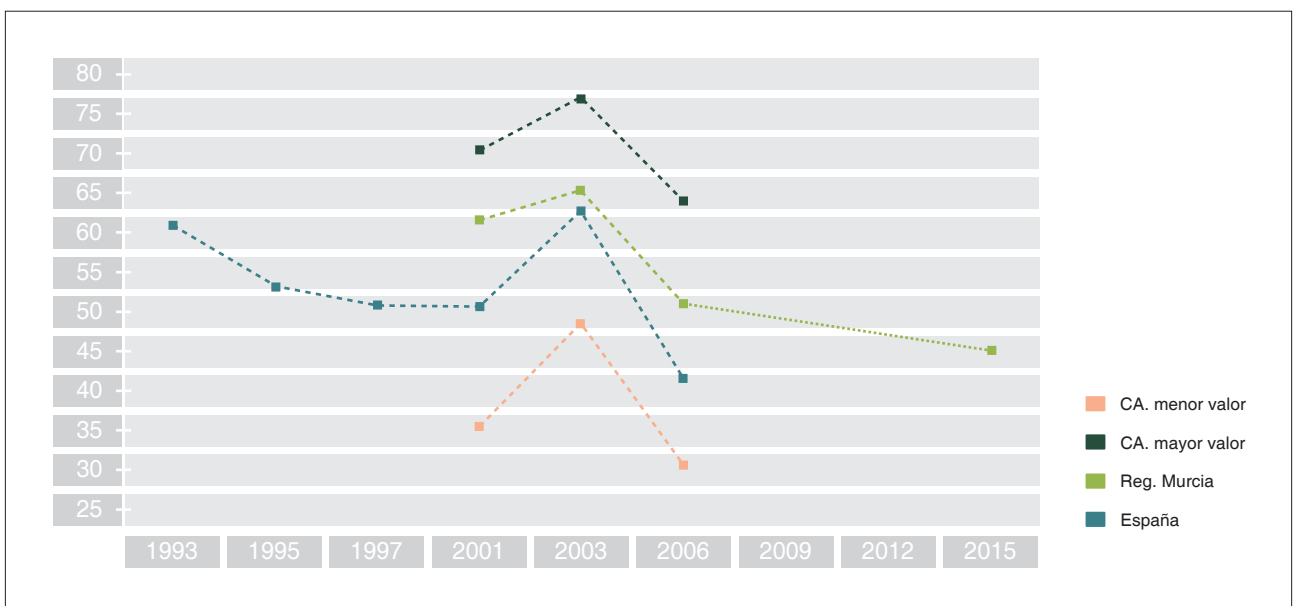
OBJETIVO: Reducir la prevalencia del sedentarismo por debajo del 40% de los hombres de más de 15 años en 2015.

PREVALENCIA DE SEDENTARISMO POR 100 HAB. MAYORES DE 15 AÑOS. HOMBRES



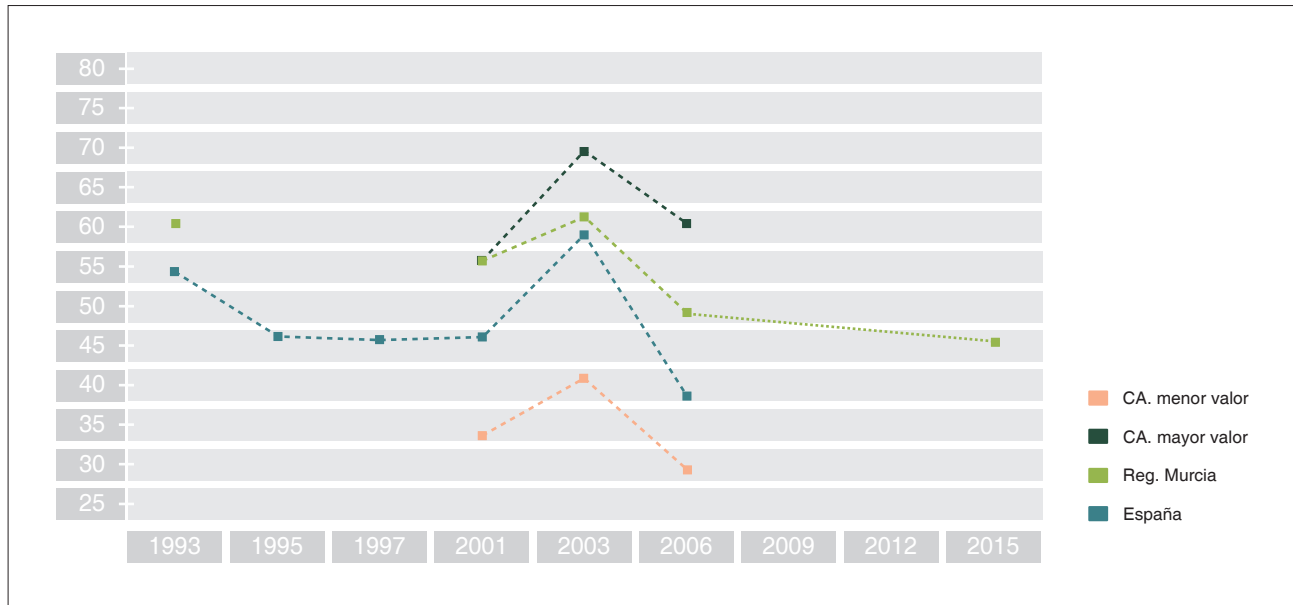
OBJETIVO: Reducir la prevalencia del sedentarismo por debajo del 45% de las mujeres de más de 15 años en 2015.

PREVALENCIA DE SEDENTARISMO POR 100 HAB. MAYORES DE 15 AÑOS. MUJERES



OBJETIVO: Reducir la prevalencia del sedentarismo por debajo del 45% de la población de más de 15 años en 2015.

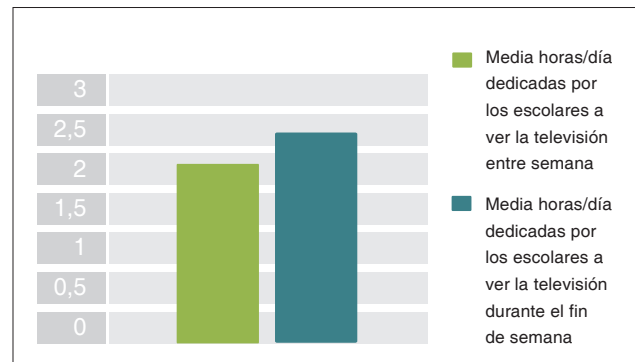
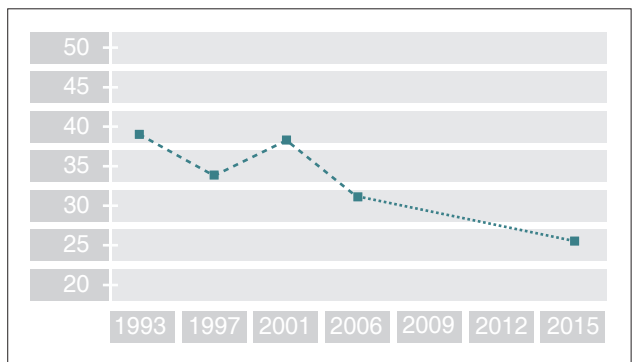
PREVALENCIA DE SEDENTARISMO POR 100 HAB. MAYORES DE 15 AÑOS. AMBOS SEXOS



❖ El 32% de los escolares de la Región dedican más de 2 horas al día a ver la televisión lo que se considera contraproducente, tanto para llevar una vida sana y activa, como para obtener un rendimiento escolar adecuado.

OBJETIVO: Reducir el porcentaje de escolares que destinan más de dos horas al día a ver la televisión por debajo del 25%.

PORCENTAJE DE ESCOLARES QUE VE LA TELEVISIÓN MÁS DE 2 HORAS AL DÍA. REGIÓN DE MURCIA



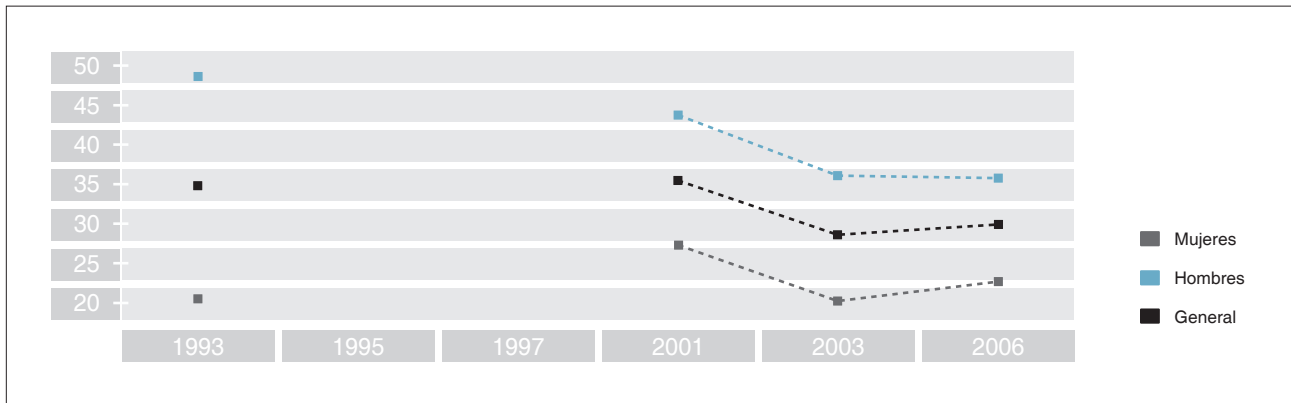
Fuente: Estudios sobre conductas y factores relacionados con la salud de los escolares de la Región de Murcia. 2006

6.1.1.6/ CONSUMO DE TABACO /

❖ La prevalencia del consumo del tabaco es preocupante. Un 36% de los hombres y un 23% de las mujeres fuman en la Región, 5 y 2 puntos por encima de la media española.

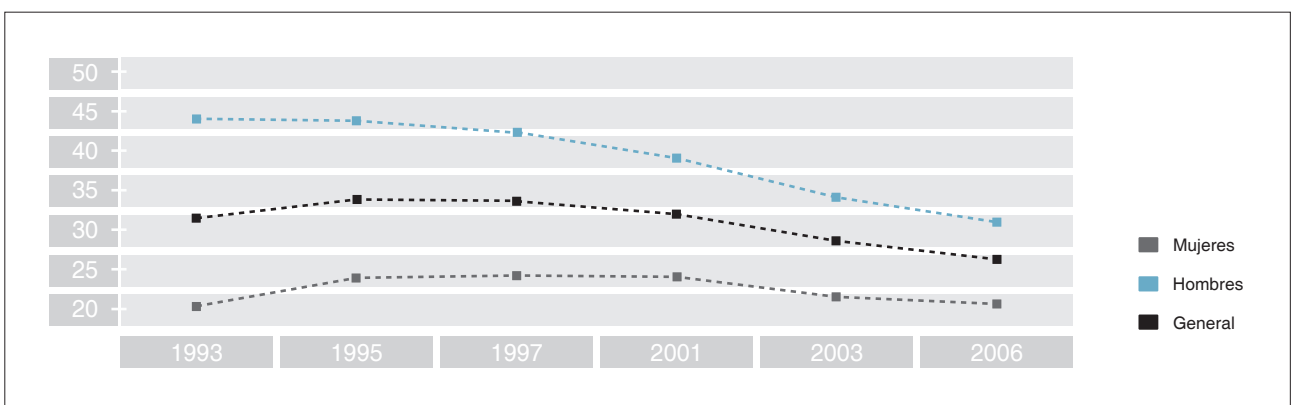
❖ La incidencia del tabaquismo en mujeres está aumentando en la Región, a diferencia del resto de España, lo que es un dato alarmante si consideramos la reducción constatada en la mayor parte de los países de nuestro entorno.

PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO POR 100 HAB. MAYORES DE 15 AÑOS. REGIÓN DE MURCIA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO POR 100 HAB. MAYORES DE 15 AÑOS. ESPAÑA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

OBJETIVO: Reducir la prevalencia de consumo de tabaco por debajo del 30% de los hombres de más de 15 años en 2015.

PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO POR 100 HAB. MAYORES DE 15 AÑOS. HOMBRES



OBJETIVO: Reducir la prevalencia de consumo de tabaco por debajo del 20% de las mujeres de más de 15 años en 2015.

PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO POR 100 HAB. MAYORES DE 15 AÑOS. MUJERES



OBJETIVO: Reducir la prevalencia de consumo de tabaco por debajo del 25% de la población de ambos sexos de más de 15 años en 2015.

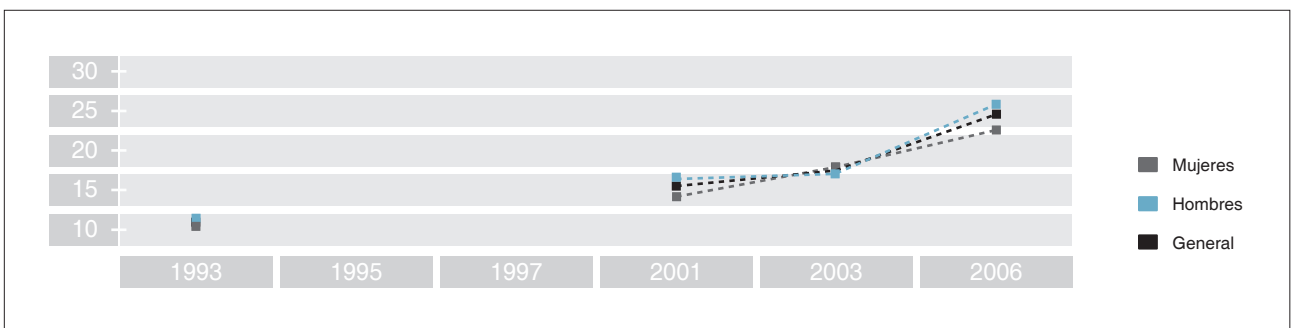
PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO POR 100 HAB. MAYORES DE 15 AÑOS. AMBOS SEXOS



6.1.1.7/ ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO /

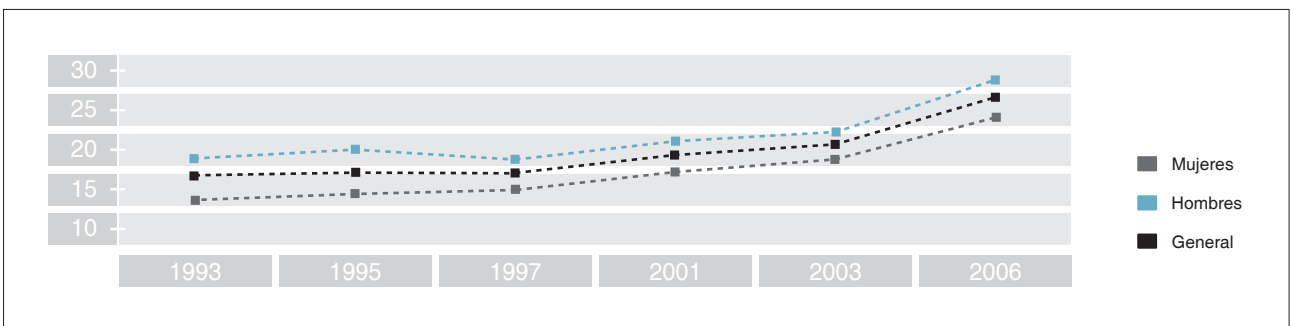
❖ La tasa de abandono del consumo de tabaco es del 25% en hombres y 23% en mujeres, discretamente inferior a la media española.

TASA DE ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO. REGIÓN DE MURCIA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

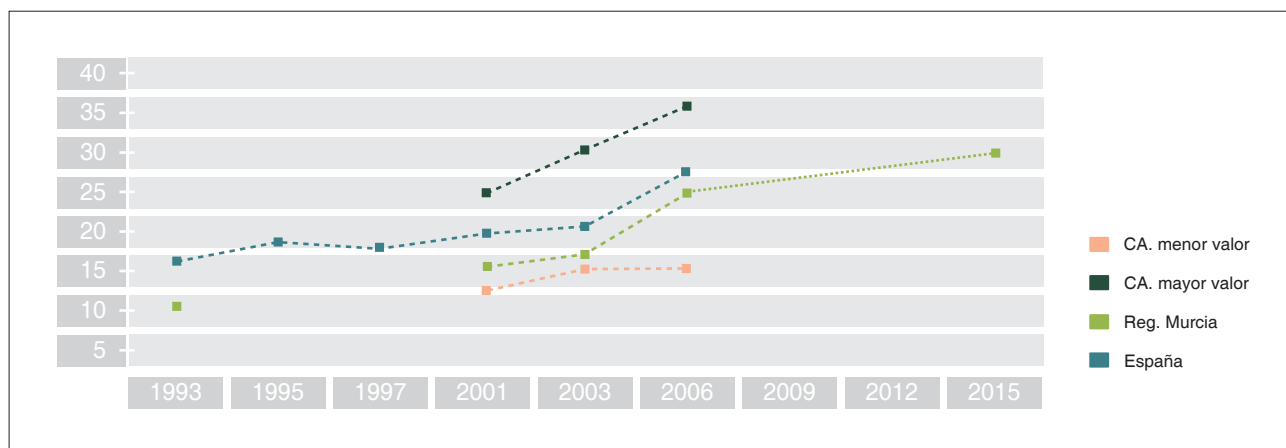
TASA DE ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO. ESPAÑA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

OBJETIVO: Incrementar la tasa de abandono del consumo de tabaco en hombres al 30% en 2015.

TASA DE ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO. HOMBRES



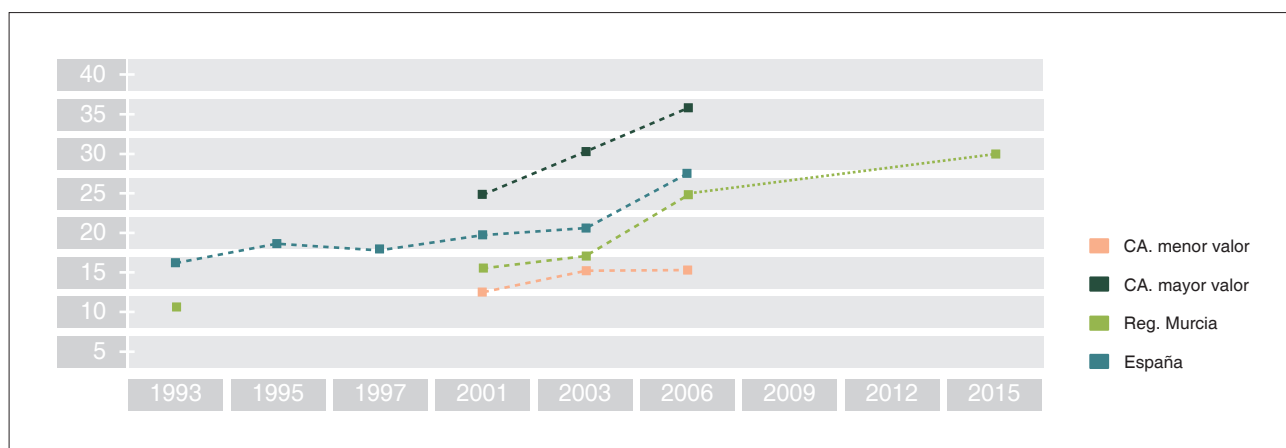
OBJETIVO: Incrementar la tasa de abandono del consumo de tabaco en mujeres al 30% en 2015.

TASA DE ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO. MUJERES



OBJETIVO: Incrementar la tasa de abandono del consumo de tabaco al 30% en 2015.

TASA DE ABANDONO DEL CONSUMO DE TABACO. AMBOS SEXOS



6.1.1.8/ INICIO DEL CONSUMO DE TABACO /

❖ Según la Encuesta sobre Conductas y Factores Relacionados con la Salud de los Escolares de la Región de Murcia, realizada por la Consejería de Sanidad y Consumo en 2006, la edad media en el inicio del consumo de tabaco es de 12,6 años.

❖ Esta edad es bastante temprana si se compara con los datos publicados por el Observatorio Español sobre Drogas, que la sitúa entre 13 y 14 años. Además, hay que tener en cuenta que los adolescentes que empiezan a consumir tabaco a una edad temprana tienen más probabilidad de fumar en la edad adulta.

OBJETIVO: Retrasar la edad media del inicio en el consumo de tabaco por encima de los 14 años en 2015.

6.1.1.9/ EXPOSICIÓN AL HUMO DE TABACO /

❖ El 32% de los niños se exponen alguna vez, casi siempre o siempre al humo del tabaco. En el caso de adultos esta exposición es del 21 % en los días de la semana y del 41% los fines de semana.

OBJETIVO: Reducir el 20% las tasas de personas de 0 a 15 años expuestas al humo del tabaco en 2015.

EXPOSICIÓN AL HUMO DEL TABACO EN CASA, DE 0 A 15 AÑOS

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
AMBOS SEXOS					
REGIÓN DE MURCIA	60,75%	8,06%	14,08%	6,16%	10,95%
TOTAL NACIONAL	67,24%	6,24%	9,52%	4,35%	12,65%
VARONES					
REGIÓN DE MURCIA	62,33%	7,56%	17,66%	3,86%	8,59%
TOTAL NACIONAL	67,32%	6,61%	9,59%	4,16%	12,32%
MUJERES					
REGIÓN DE MURCIA	59,05%	8,59%	10,25%	8,64%	13,48%
TOTAL NACIONAL	67,16%	5,84%	9,45%	4,55%	13,01%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. INE. 2006

OBJETIVO: Reducir el 20% las tasas de personas de 16 y más años expuestas al humo del tabaco en 2015.

TIEMPO DE EXPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA AL HUMO DEL TABACO FUERA DE CASA Y FUERA DEL TRABAJO. POBLACIÓN DE 16 Y MÁS AÑOS QUE NO FUMA A DIARIO

PORCENTUAL	De lunes a jueves			
	NADA	MENOS DE 1 HORA	DE 1 A 4 HORAS	MÁS DE 4 HORAS
AMBOS SEXOS				
REGIÓN DE MURCIA	70,93%	16,70%	9,71%	2,66%
TOTAL NACIONAL	73,85%	16,76%	7,30%	2,09%
HOMBRES				
REGIÓN DE MURCIA	58,96%	23,01%	14,69%	3,33%
TOTAL NACIONAL	67,35%	21,17%	9,29%	2,20%
MUJERES				
REGIÓN DE MURCIA	81,14%	11,31%	5,45%	2,09%
TOTAL NACIONAL	79,31%	13,06%	5,62%	2,01%

PORCENTUAL	De viernes a domingo			
	NADA	MENOS DE 1 HORA	DE 1 A 4 HORAS	MÁS DE 4 HORAS
AMBOS SEXOS				
REGIÓN DE MURCIA	58,79%	16,45%	18,61%	6,15%
TOTAL NACIONAL	59,81%	15,38%	18,99%	5,82%
HOMBRES				
REGIÓN DE MURCIA	50,64%	19,80%	22,93%	6,64%
TOTAL NACIONAL	51,89%	18,31%	23,25%	6,55%
MUJERES				
REGIÓN DE MURCIA	65,74%	13,59%	14,92%	5,74%
TOTAL NACIONAL	66,47%	12,91%	15,42%	5,20%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. INE. 2006

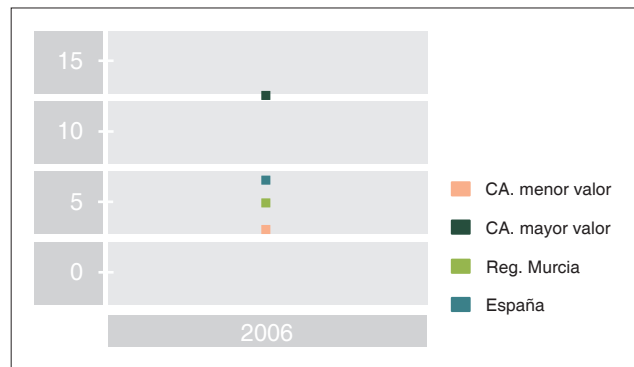
6.1.1.10/ BEBEDORES DE RIESGO DE ALCOHOL /

OBJETIVO:

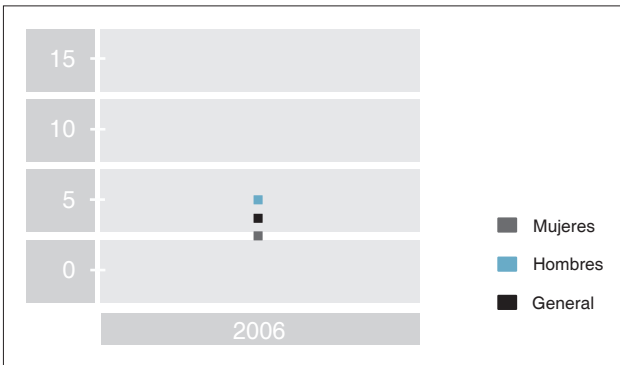
- ❖ Reducir la prevalencia de bebedores de riesgo de alcohol en hombres por debajo del 4% de la población en 2015.
- ❖ Reducir la prevalencia de bebedores de riesgo de alcohol en mujeres por debajo del 2% de la población en 2015.
- ❖ Reducir la prevalencia de bebedores de riesgo de alcohol por debajo del 3% de la población de ambos sexos en 2015.

- ❖ La tasa de “bebedores de riesgo” de alcohol se aproxima al 5% en hombres y en un 3% en mujeres, cifra discretamente inferior a la media española en hombres y superior en mujeres.

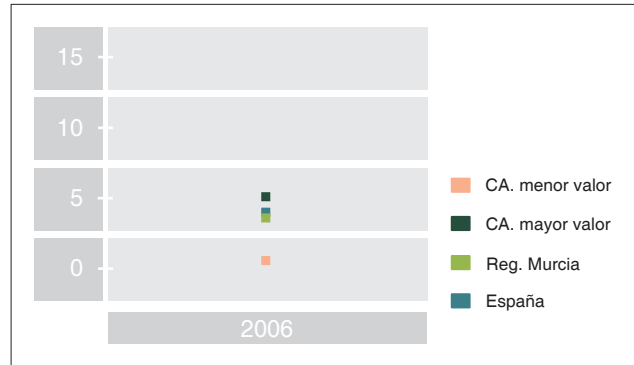
PORCENTAJE DE BEBEDORES DE RIESGO DE ALCOHOL. HOMBRES



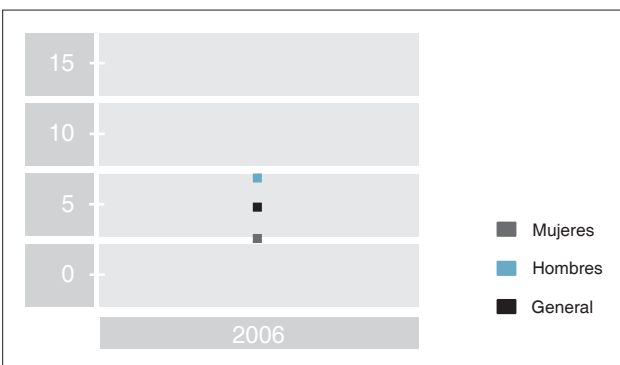
PORCENTAJE DE BEBEDORES DE RIESGO DE ALCOHOL. REGIÓN DE MURCIA



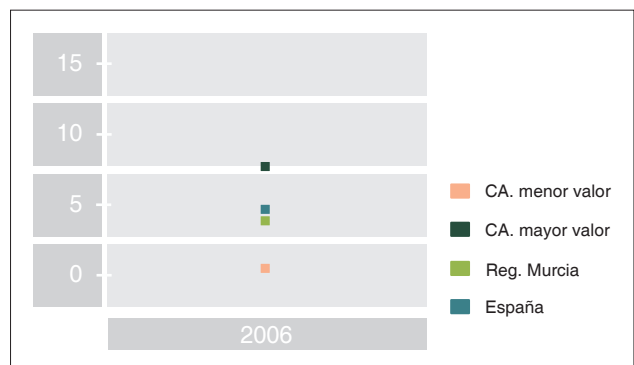
PORCENTAJE DE BEBEDORES DE RIESGO DE ALCOHOL. MUJERES



PORCENTAJE DE BEBEDORES DE RIESGO DE ALCOHOL. ESPAÑA



PORCENTAJE DE BEBEDORES DE RIESGO DE ALCOHOL. ESPAÑA



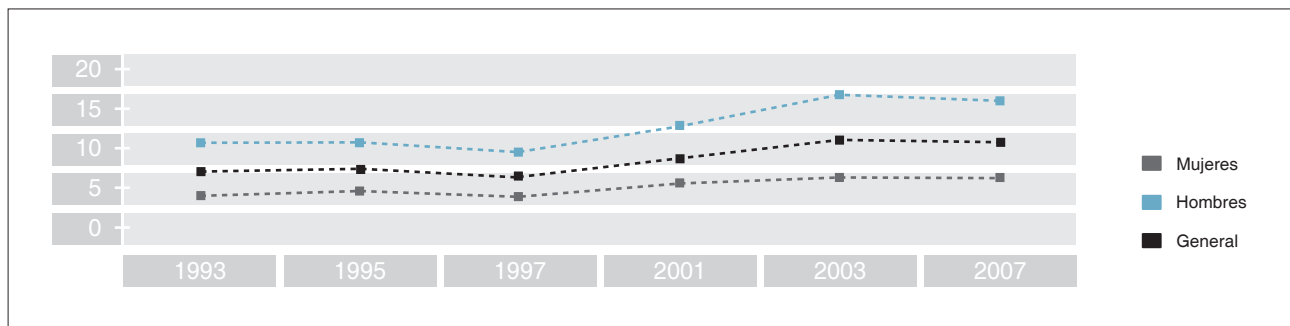
6.1.1.11/ CONSUMO DE DROGAS ILEGALES /

❖ En relación al consumo de drogas, los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud no incorporan referencias específicas para la Región por lo que se utilizan en la formulación de objetivos la media española, reconociendo que esta es una aproximación y que sin lugar a duda es necesario personalizar estos resultados a la realidad de la Región. Esta misma situación sucede con la media de edad al inicio del consumo de bebidas alcohólicas.

OBJETIVO:

- ❖ Reducir la prevalencia de consumo de cannabis en hombres por debajo del 10% de la población en 2015.
- ❖ Mantener la prevalencia de consumo de cannabis en mujeres por debajo del 10% de la población en 2015.
- ❖ Reducir la prevalencia de consumo de cannabis por debajo del 10% de la población de ambos sexos en 2015.

PROPORCIÓN DE CONSUMIDORES DE CANNABIS ENTRE LA POBLACIÓN DE 15 A 64 AÑOS. REGIÓN DE MURCIA

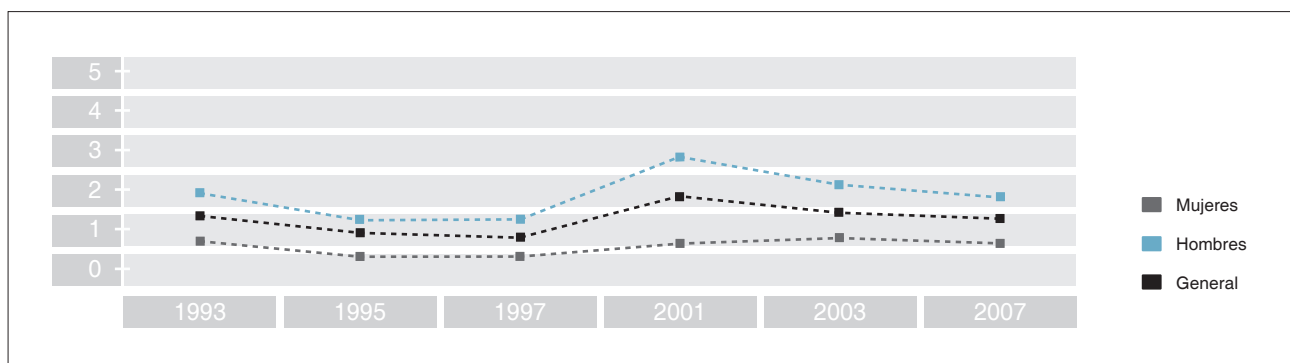


Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

OBJETIVO:

- ❖ Reducir la prevalencia de consumo de éxtasis en hombres por debajo del 2% de la población en 2015.
- ❖ Mantener la prevalencia de consumo de éxtasis en mujeres por debajo del 0,5% de la población en 2015.
- ❖ Reducir la prevalencia de consumo de éxtasis por debajo del 1% de la población de ambos sexos en 2015.

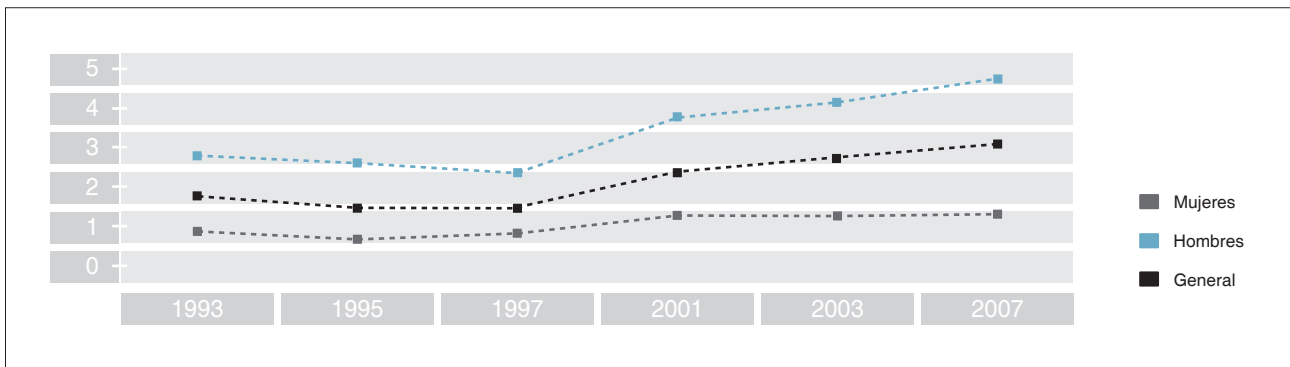
PROPORCIÓN DE CONSUMIDORES DE ÉXTASIS ENTRE LA POBLACIÓN DE 15 A 64 AÑOS. ESPAÑA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

OBJETIVO:

- ❖ Reducir la prevalencia de consumo de cocaína en hombres por debajo del 3% de la población en 2015.
- ❖ Mantener la prevalencia de consumo de cocaína en mujeres por debajo del 1% de la población en 2015.
- ❖ Reducir la prevalencia de consumo de cocaína por debajo del 2% de la población de ambos sexos en 2015.

PROPORCIÓN DE CONSUMIDORES DE COCAÍNA ENTRE LA POBLACIÓN DE 15 A 64 AÑOS. ESPAÑA

Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

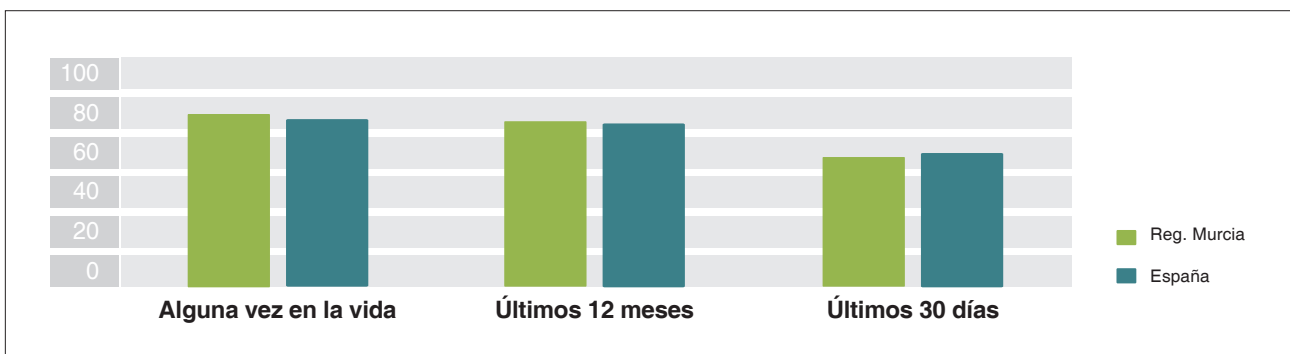
6.1.1.12/ INICIO DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y OTRAS DROGAS EN ADOLESCENTES /

❖ Según el “estudio sobre conductas y factores relacionados con la salud de los escolares de la Región de Murcia”, en 2006 la edad media de inicio del consumo de alcohol se situaba en 12,9 años.

❖ Los hábitos relacionados con el consumo de alcohol en la Región de Murcia son similares a los de España y constatan una socialización del mismo, evidenciado por un temprano inicio de su consumo (13 años) y por una alta prevalencia de su consumo en los últimos 30 días que afecta a casi el 60% de los jóvenes.

OBJETIVO:

- ❖ Retrasar la media de edad de inicio en el consumo de alcohol situándola por encima de los 14 años en 2015.
- ❖ Reducir el porcentaje de estudiantes de enseñanza secundaria que han consumido alcohol en los últimos 30 días situándolo por debajo del 50% en 2015.

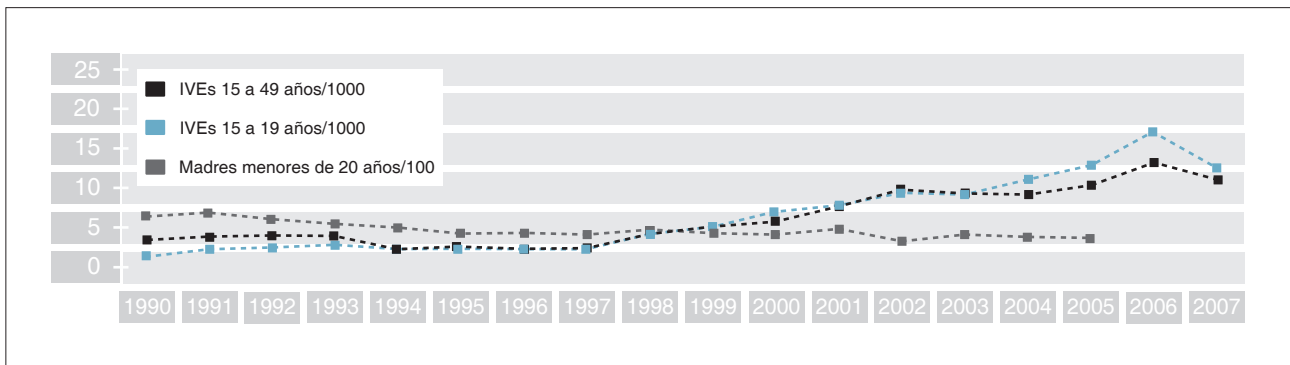
PREVALENCIAS DE CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE ESTUDIANTES DE ENSEÑANZAS SECUNDARIAS DE 14-18 AÑOS. 2005

Fuente: Encuesta Estatal Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), 1994-2006

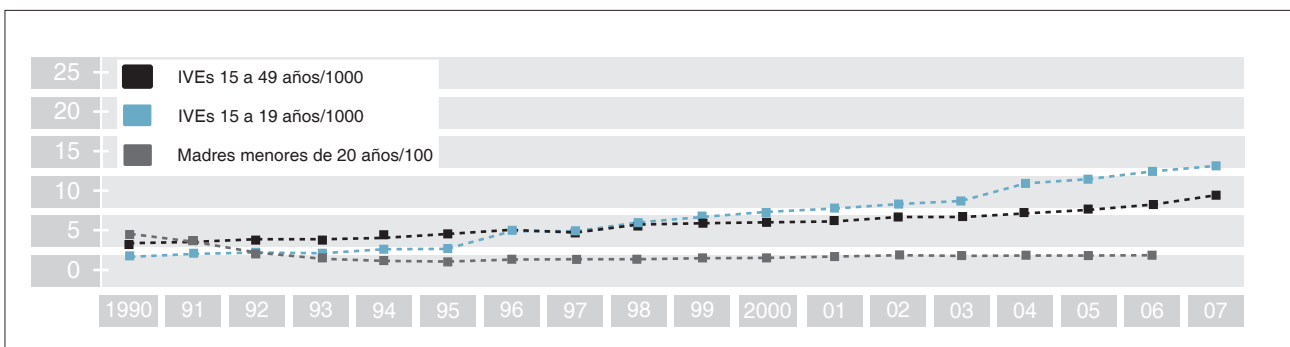
6.1.1.13/ COMPORTAMIENTOS SOCIALES Y SEXUALIDAD /

❖ La tasa de interrupciones voluntarias de embarazo (IVE) en la Región de Murcia muestra una tendencia ascendente en los últimos años, aunque los datos del año 2007 podrían ser el inicio de la esperada reducción. Tanto para el conjunto de las mujeres como para las jóvenes de 15 a 19 años esta tendencia es similar a la española pero siempre por encima de ella.

COMPORTAMIENTOS SOCIALES Y SEXUALIDAD. REGIÓN DE MURCIA



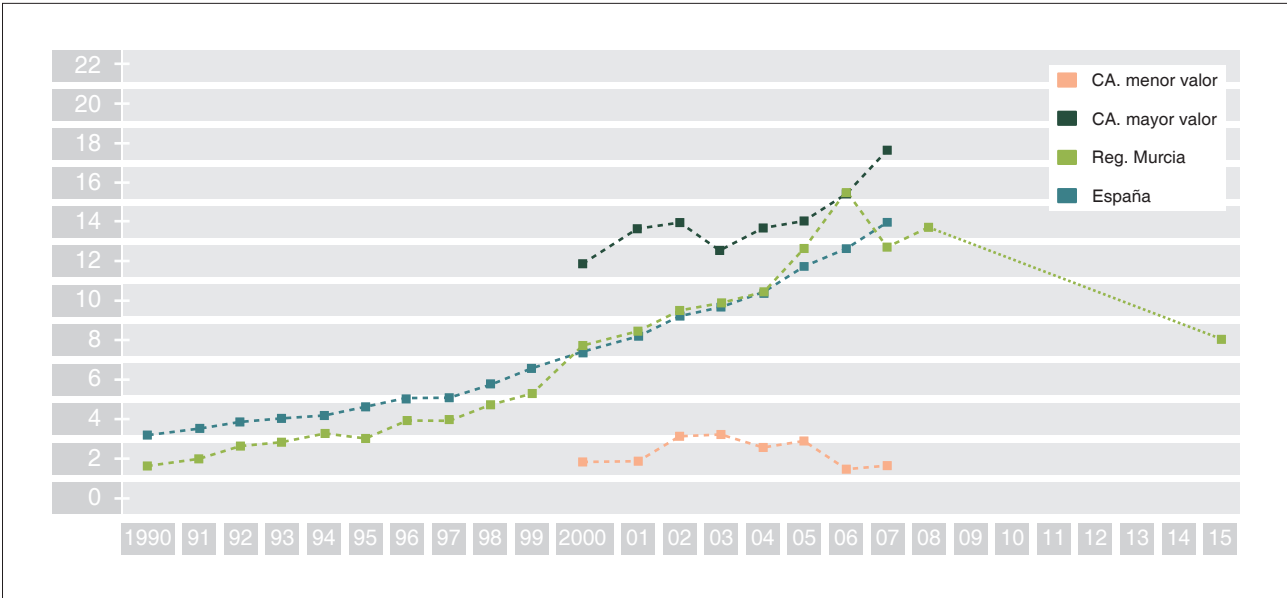
COMPORTAMIENTOS SOCIALES Y SEXUALIDAD. ESPAÑA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

OBJETIVO: Reducir la incidencia de IVE en mujeres de 15 a 19 años por debajo de 8/1.000 en 2015.

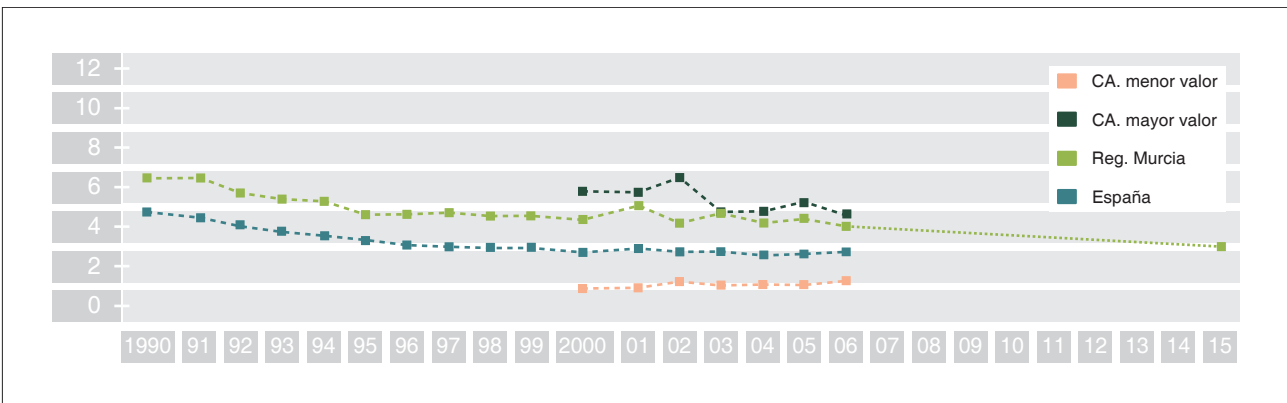
INCIDENCIA DE INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN MUJERES MENORES DE 20 AÑOS POR 1.000 MUJERES DE 15 A 19 AÑOS



❖ El porcentaje de madres con menos de 20 años es del 4% en la Región situándose entre las Comunidades Autónomas con cifras más altas y superando en más de un punto a la tasa española.

OBJETIVO: Reducir el porcentaje de madres menores de 20 años por debajo de 3% en 2015.

NACIDOS DE MADRES MENORES DE 20 AÑOS POR CADA 100 NACIMIENTOS

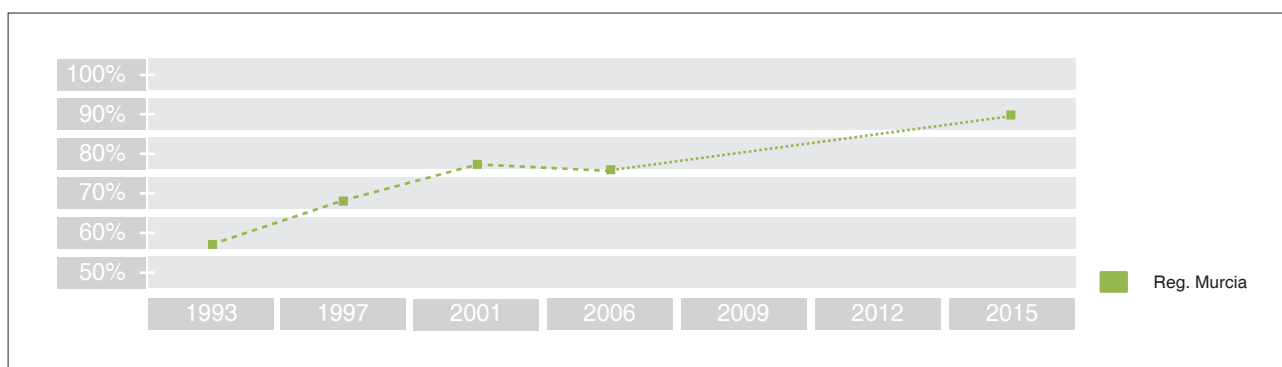


Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

- ❖ La tasa de uso del preservativo en jóvenes de 4º de enseñanza secundaria obligatoria es del 76% lo que se considera claramente insuficiente para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados.

OBJETIVO: Incrementar la frecuencia de utilización del preservativo por encima del 90% en 2015.

FRECUENCIA DE LA UTILIZACIÓN DEL PRESERVATIVO EN ALUMNOS DE 4º DE ENSEÑANZA SECUNDARIA OBLIGATORIA. REGIÓN DE MURCIA



Fuente: estudios sobre conductas y factores relacionados con la salud de los escolares de la Región de Murcia

6.1.2/ INTERVENCIONES SOBRE LOS ESTILOS DE VIDA

6.1.2.1/ ALIMENTACIÓN

Justificación y condicionantes

- ❖ La alimentación es uno de los principales condicionantes de la salud en la población y un factor clave para la prevención de enfermedades.
- ❖ La necesidad de promover una dieta equilibrada se ve especialmente reforzada en la Región de Murcia, donde la incidencia del sobrepeso y de la obesidad es más alta que en el conjunto de España, tanto en adultos como en niños.
- ❖ Preocupa especialmente la prevalencia de la obesidad infantil, principalmente en hombres, que refleja la sustitución de los estilos tradicionales de alimentación por comidas rápidas y preparadas. Esto puede perpetuarse hasta la edad adulta y mantenerse, lo que ocasionaría una aparición precoz de enfer-

medades crónicas relacionadas con la obesidad y, de manera general, un retroceso en la salud de la población.

- ❖ Como consecuencia de estas evidencias, se constata un cambio en los hábitos de alimentación que conviene frenar, para volver a estilos de alimentación más saludables.

Propósito

- ❖ Sensibilizar a la población sobre las ventajas de una dieta equilibrada.
- ❖ Proporcionar a la ciudadanía en conocimientos y habilidades para una alimentación sana.
- ❖ Consolidar la regulación alimentaria en los centros escolares y extenderla, en la medida de lo posible, al ámbito de la familia.
- ❖ Implicar a los sectores de la industria alimentaria, del turismo y de la hostelería, para promover una dieta equilibrada en el conjunto de la población.
- ❖ Extender el programa de regulación alimentaria desarrollado en centros escolares a los centros de servicios sociales.
- ❖ Desarrollar e implantar un protocolo de actuación contra la obesidad infantil en Atención Primaria de Salud.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Desarrollar iniciativas de comunicación y publicidad sobre alimentación sana al conjunto de la población, considerando la diversidad de culturas existente.	Educación para la Salud	Intervenciones en comunicación	Sanidad Agricultura Ayuntamientos Agricultura	2009	2015
Promover actuaciones encaminadas a mejorar los hábitos alimentarios en la población escolar dentro del marco del Plan de Educación para la Salud en la Escuela.	Promoción y educación para la salud		Sanidad Educación	2009	2015
Consolidar la regulación alimentaria en los centros escolares.	Promoción de la salud		Sanidad Educación	2009	2011
Desarrollar acuerdos con la industria alimentaria para promover una dieta equilibrada en el conjunto de la población.	Promoción de la salud	Acuerdos con la industria alimentaria	Sanidad Industria Agricultura	2009	2015
Desarrollar acuerdos con las empresas de hostelería y turismo para promover una dieta equilibrada.	Promoción de la salud	Acuerdos/ convenios con la industria implicada	Sanidad Industria Turismo	2009	2015
Promover y controlar la elaboración de dietas equilibradas en los centros de servicios sociales.	Promoción de la salud		S. Sociales Sanidad	2010	2012
Desarrollar e implantar un protocolo de actuación contra la obesidad infantil en atención primaria.	Promoción de la salud		SMS	2009	2011

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
% de comedores escolares con dieta equilibrada	87%	100%		
% de comedores de centros sociales con dieta equilibrada		25%	75%	100%
% de niños con obesidad con protocolo de actuación implantado (Fuente OMI)		50%	100%	

6.1.2.2/ EJERCICIO FÍSICO /

Justificación y condicionantes

- ❖ Directamente relacionado con el estilo de alimentación, el ejercicio físico es uno de los principales contribuyentes a la salud de las personas y a su equilibrio afectivo y emocional.
- ❖ La evidencia científica ha relacionado que las actitudes sedentarias incrementan el riesgo cardiovascular y, por lo tanto, la incidencia de muerte prematura, obesidad, hipertensión y enfermedades cardio y cerebrovasculares.
- ❖ Casi el 50% de la población de Región de Murcia es sedentaria, situándose en una situación desfavorable en relación al conjunto de España. Esta situación es especialmente alarmante entre las mujeres.

Propósito

- ❖ Conseguir que la población realice ejercicio físico periódicamente y evite las actitudes sedentarias.
- ❖ Promover el ejercicio físico en todas las edades.
- ❖ Facilitar el acceso a instalaciones deportivas para todas las personas.
- ❖ Contribuir al desarrollo de una movilidad sostenible en la Región, promoviendo la utilización del transporte público y de otros modos de transporte saludable (a pie, en bicicleta) y reduciendo los desplazamientos en vehículos motorizados privados.
- ❖ Promover el desarrollo de un entorno de convivencia y ocio orientado al ejercicio físico.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Desarrollar iniciativas de comunicación social para promover el ejercicio físico en el conjunto de la población.	Promoción de la salud	Campañas de comunicación social	Sanidad Deportes	2009	2015
Promover el desarrollo de infraestructuras para facilitar el ejercicio físico por parte de los Ayuntamientos: instalaciones deportivas, parques, carril bici, adecuación de senderos...	Promoción de la salud	Financiación de infraestructuras	Sanidad Deportes Ayuntamientos	2009	2015
Promover la utilización del transporte público en el conjunto de la población.	Promoción de la salud	Planes en infraestructuras de transporte público	Sanidad Transportes Ayuntamientos	2009	2015
Extender las iniciativas desarrolladas en colaboración entre Centros de Salud y Ayuntamientos para promover el ejercicio físico por parte de las personas.	Promoción de la salud		Sanidad Ayuntamientos	2009	2011

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
Disponibilidad de instalaciones deportivas por 10.000 habitantes.	27,4 en 2005 (España 39,4)	35	40	45
Kilómetros de vías verdes y senderos acondicionados en la Región.	185	278	371	464
Kilómetros de carril bici en la Región.	Establecer indicador	Aumentar	Aumentar	Aumentar
% de parques acondicionados para realizar ejercicios.	15%	25%	35%	50%

6.1.2.3/ CONSUMO DE TABACO

Justificación y condicionantes

- ❖ El consumo de tabaco constituye la primera causa prevenible de pérdida de salud y de muertes evitables.
- ❖ Su impacto en la incidencia y mortalidad del cáncer y de las enfermedades respiratorias y circulatorias está claramente demostrado.
- ❖ El 30% de la población adulta de la Región de Murcia es fumadora habitual, siendo la primera Comunidad Autónoma con fumadores varones.
- ❖ El 23% de los escolares de la Región han fumado en alguna ocasión, por lo que es prioritaria la prevención del consumo de tabaco.

❖ El consumo de tabaco entre estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años es muy similar en la Región de Murcia y en España.

Propósito

- ❖ Reducir la incidencia y prevalencia de fumadores en la Región.
- ❖ Retrasar la edad de inicio del consumo de tabaco.
- ❖ Promover políticas activas para fomentar el abandono del consumo de tabaco.
- ❖ Fomentar los espacios libres de humo, evitando el consumo de tabaco en recintos públicos.
- ❖ Desarrollar políticas institucionales e intersectoriales contra el consumo de tabaco, orientadas tanto a reducir el consumo del tabaco como a limitar su efecto sobre el conjunto de la ciudadanía (Programa Regional sobre Tabaquismo).

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Elaboración del Programa Regional sobre Tabaquismo.	Promoción de la salud	Recursos humanos y financieros	Sanidad	2009	2011
Promover actuaciones encaminadas a la prevención del tabaquismo dentro del marco del Plan de Educación para la Salud en la Escuela.	Promoción y educación para la salud		Sanidad Educación	2009	2015
Sensibilización en la población sobre el perjuicio del humo del tabaco.	Promoción de la salud	Intervención en medios de comunicación y edición de materiales	Sanidad	2009	2015
Fomentar la realización de actividades preventivas sobre tabaquismo en las Gerencias del SMS: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Fomentar la aplicación del protocolo elaborado para dejar de fumar en todos los centros de atención primaria. ❖ Formación a profesionales sanitarios sobre intervención mínima y avanzada en tabaquismo. ❖ Refuerzo de las actividades preventivas sobre tabaquismo en grupos de riesgo, especialmente mujeres embarazadas y niños. ❖ Evaluación anual de los resultados relacionados con las actividades contra el tabaquismo. 	Promoción de la salud	Formación continuada	SMS	2009	2015
Facilitar el abandono del consumo de tabaco desarrollando programas asistenciales específicos y subvencionando el tratamiento prescrito.	Promoción de la salud	Coste de subvención del tratamiento	Sanidad	2010	2011
Reforzar las medidas de vigilancia y control del cumplimiento de la legislación vigente relacionada con tabaco, drogas y alcohol.	Promoción de la salud		Sanidad	2009	2015
Potenciar la incorporación de los centros sanitarios de la Región en la Red de Centros Sanitarios Libres de Tabaco	Promoción de la salud			2009	2013

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
Elaboración del Programa Regional de Tabaquismo.		Diciembre 2010		
% de hospitales adheridos a la Red de Hospitales Libres de Tabaco de la Región de Murcia.	60%	100%		
% de centros de salud adheridos a la Red Regional de Centros Sanitarios Libres de Tabaco.	0%	50%	100%	
% de personas mayores de 14 años en cuya historia clínica consta anamnesis y consejo sobre el consumo de tabaco en los últimos dos años (Cartera de Servicios SMS).	50%	80%	100%	
% de centros docentes no universitarios que cumplen la normativa vigente sobre tabaquismo.		100%		
% de centros universitarios que cumplen la normativa vigente sobre tabaquismo.		100%		

6.1.2.4/ CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

Justificación y condicionantes

- ❖ El 8,2% de la población es bebedora excesiva de alcohol (15% en hombres y 1,5% en mujeres) con una tendencia creciente.
- ❖ El 60% de los estudiantes de secundaria de la Región ha consumido alcohol y el 20% cannabis en los últimos 30 días, según la encuesta ESTUDES 2006 del Plan Nacional sobre Drogas.
- ❖ El consumo de alcohol y otras drogas está directamente relacionado con situaciones de violencia en la sociedad.

Propósito

- ❖ Reducir el uso abusivo de bebidas alcohólicas, el consumo de otras drogas y los problemas asociados.
- ❖ Concienciar a la población de que el alcohol no forma parte de la vida saludable.
- ❖ Proteger a los niños y adolescentes frente a consumo de sustancias que generan adicción.
- ❖ Reducir los efectos sociales y de violencia que generan el consumo de alcohol y otras drogas.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Desarrollo del Plan Regional sobre Drogas con especial dedicación a la prevención de su consumo en los ámbitos: comunitario, escolar, familiar, sanitario, laboral y penitenciario.	Promoción y educación para la salud		Sanidad Educación Ayuntamientos	2009	2015
Promover actuaciones encaminadas a la prevenir el consumo de alcohol en la población escolar dentro del marco del Plan de Educación para la Salud en la Escuela.	Promoción y educación para la salud		Sanidad Educación	2009	2015
Promover las actuaciones desde Atención Primaria para reducir el consumo del alcohol, entre ellas: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Detección precoz del consumo de alcohol y otras drogas en los niños y adolescentes dentro del Plan de Atención al Niño y Adolescente. ❖ Desarrollo e implantación de un protocolo para evitar el consumo excesivo de alcohol. 	Prevención		Sanidad SMS	2009	2015
Sensibilización en la población sobre los riesgos del consumo de alcohol y otras drogas dirigido a poblaciones vulnerables.	Educación para la salud Prevención	Intervención en medios de comunicación de masas y materiales informativos y de sensibilización	Sanidad	2009	2015

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
Desarrollo del panel de indicadores para la evaluación del Plan Regional sobre Drogas.	Sí			
Nº de avisos al 112 por intoxicaciones etílicas.	Medir			
% de incremento de los controles de tráfico de drogas y alcohol.	Medir			
Nº de recién nacidos con síndrome de abstinencia de drogas.	<0,20	<0,19	<0,18	<0,17
Nº de asistencias por intoxicación de drogas en hospitales.	Medir			
% de personas mayores de 14 años en cuyo historial clínico conste el consumo excesivo de alcohol (25.1.1. Cartera de Servicios SMS) (en 2008 0,52%).	0,6%	0,8%	1%	1,2%

6.1.2.5/ ESTADO PSICOLÓGICO

Justificación y condicionantes

❖ En la Región de Murcia existen evidencias que alertan de la necesidad de incrementar los esfuerzos por alcanzar un mayor equilibrio emocional y autoestima personal. Estos datos hacen referencia tanto a la esfera del estado psicológico como

a la educación afectiva y sexual. Entre los datos a destacar se consideran:

❖ Uno de cada tres escolares de la Región dedica más de dos horas al día a ver la televisión, algo contraproducente para establecer un relación familiar y social equilibrada.

❖ De acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2006, un 14,9% de los murcianos mayores de 16 años sufre depresión, ansiedad u otros trastornos mentales, una tasa superior en 1,2 puntos a la media española.

❖ A través de la encuesta del estudio Ariadna, realizada en 2003-2004 en una muestra representativa de la población adulta mayor de 64 años y de ambos sexos residentes en el municipio de Murcia, se estimaba la prevalencia de depresión en un 29%, siendo esta cifra notablemente superior en mujeres (35,4%) que en hombres (21%).

❖ Asumiendo las dificultades de actuar desde el Plan de Salud en las esferas del equilibrio afectivo, y reconociendo al ámbito familiar como el principal entorno educativo en valores y en el desarrollo de la personalidad, se incorpora esta área de intervención para actuar desde una perspectiva preventiva en

la mejora de la satisfacción personal y, como consecuencia, en la percepción del estado de salud de la población y en su calidad de vida.

Propósito

❖ Promover el bienestar psicológico de las personas en los ámbitos educativo, familiar, laboral y social.

❖ Procurar un desarrollo equilibrado de la personalidad en los jóvenes.

❖ Promover la educación en valores.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Informar y formar a los sanitarios, educadores y padres y madres sobre factores de riesgo y de protección de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia.	Promoción de la salud	Potenciar Plan de Atención al Niño y Adolescente Formación específica a docentes y sanitarios	Sanidad Educación SMS	2010	2015
Promover actuaciones encaminadas a mejorar la salud mental de la población escolar dentro del marco del Plan de Educación para la Salud en la Escuela.	Promoción y educación para la salud		Sanidad Educación	2009	2015
Programación de actividades formativas en el seguimiento del embarazo y lactancia, y durante la preparación al parto sobres: ❖ Primeros vínculos afectivos. ❖ Estimulación cognitiva temprana. ❖ Comunicación y relación padres-hijos.	Promoción de la salud	Formación continuada a sanitarios	Sanidad SMS	2010	2015
Sensibilización a la población sobre la importancia de mantener horarios de vida (laborales, escolares y de ocio) y tiempos de descanso (sueño) adecuados.	Educación para la salud	Intervención en medios de comunicación y edición de materiales informativo-educativos	Sanidad Educación	2011	2015

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
Nº de centros escolares que incorporan actividades de salud mental en el marco del Plan de Educación para la Salud en la Escuela.	17%	50%	70%	90%

6.1.2.6/ EDUCACIÓN AFECTIVO- SEXUAL /

Justificación y condicionantes

❖ En la Región de Murcia la incidencia de Interrupciones Voluntarias de Embarazo (IVE), que hasta el año 2000 era inferior a la media española, a partir de ese año la supera, ha seguido aumentando hasta una tasa de 11,4 por 1.000 mujeres de 15 a 49 años en el año 2006 una, y actualmente ocupa las primeras posiciones por CCAA.

❖ Sin embargo, es necesario matizar estos datos y considerar el efecto provocado por la población inmigrante. Un estudio realizado recientemente con los datos de las cuatro Comunidades Autónomas que incorporan en el registro del IVE el origen de las mujeres, ha demostrado que la tasa de IVE en inmigrantes triplica la tasa en las mujeres españolas. Las mujeres inmigrantes, procedentes de países con facilidad de acceso a la IVE y con poca formación y experiencia en el uso de métodos anticonceptivos, reproducen el patrón de comportamiento de sus países de origen en cuanto a la sexualidad y a la salud reproductiva. Por esto recurren frecuentemente a la IVE en los países de acogida ante embarazos no deseados. En la Región de Murcia, que junto con la Comunidad Valenciana lidera el

porcentaje de población extranjera, es muy posible que la alta tasa de IVE esté condicionada por esta realidad sociológica.

❖ La encuesta de salud del año 2006 nos aporta un dato esperanzador, porque la tasa de IVE en mujeres de 15 a 19 años se sitúa en la media española, mejorando el resultado del año 2005 con una tendencia alcista.

❖ Sin embargo, las madres menores de 20 años representan el 4,25% de los nacimientos en la Región, una cifra que casi duplica la media española y que sitúa a la Región de Murcia entre las CCAA con tasas más altas, reflejo sin lugar a dudas de sus condicionantes sociológicos, pero también de una insuficiente educación afectivo sexual.

❖ La frecuencia en la utilización del preservativo en los jóvenes se situaba en el año 2006 en el 75%, cifra que puede considerarse todavía insuficiente en relación a los esfuerzos realizados en los últimos años para fomentar las relaciones seguras.

Propósito

❖ Reforzar la educación afectivo sexual.

❖ Promover la prevención de las infecciones de transmisión sexual y VIH.

❖ Reducir la incidencia de embarazos no deseados.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Reforzar la educación afectivo sexual dentro del Plan de Educación para la Salud en la Escuela (EpS), en todos los centros docentes no universitarios de la Región.	Promoción de la salud		Sanidad Educación	2009	2015
Sensibilización de la población sobre el riesgo de las enfermedades de transmisión sexual, especialmente en población riesgo como puede ser la población inmigrante.	Promoción de la salud	Intervención en medios de comunicación de masas y materiales informativo-educativos	Sanidad SMS	2009	2011
Mejora del acceso a métodos anticonceptivos.	Educación para la salud	Divulgación y cooperación entre Farmacias y Sanidad	Sanidad SMS Colegio de farmacéuticos	2009	2015

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
Nº de centros escolares que incorporen actividades de educación afectivo sexual en el marco del Plan de EpS en la Escuela.	17%	50%	70%	90%
% de nacimientos de madres de edades inferiores a 18 años.	<1,7%	<1,5%	<1,3%	<1,2%
% de nacimientos de madres de edades inferiores a 16 años.	<0,3%	<0,25%	<0,2%	<0,1%

6.1.2.7/ IMPLICACIÓN DE LA CIUDADANÍA CON SU SALUD /

Justificación y condicionantes

❖ La implicación de las personas con su autocuidado es una estrategia básica para promover su salud. Una sociedad sana sólo es posible con personas activamente implicadas con su salud, con una cultura y formación suficiente para evitar y resolver los problemas sanitarios más habituales, comprometidos con estilos de vida saludables, con un desarrollo sostenible de su entorno y que relacionan claramente salud y satisfacción personal.

❖ Existe una tendencia entre algunas personas a descargar la responsabilidad sobre su salud en el sistema sanitario, quitándose un compromiso que nunca debería salir de la esfera personal.

❖ Como consecuencia del desarrollo de una cultura que relaciona autocuidado y salud y, sobre todo, cuando la ciudadanía sepa qué hacer para resolver los problemas de salud más básicos, alcance equilibrio y armonía emocional, la utilización de los servicios sanitarios se reducirá, como se ha demostrado en sociedades que han avanzado en este sentido. Esta interacción se evaluará mediante la utilización de servicios sanitarios que prestan servicio a demanda espontánea de las personas, principalmente consultas de Atención Primaria y urgencias hospitalarias.

❖ La Región de Murcia se sitúa actualmente en una tasa de uso de servicios sanitarios superior a la media española, con 5,7 visitas anuales por habitante al médico de AP y 544 atenciones en las urgencias hospitalarias por cada 1.000 habitantes.

Propósito

❖ Capacitar al conjunto de la población en el manejo de problemas de salud básicos, promoviendo su implicación en su atención y cuidado.

❖ Incorporar en los jóvenes de la Región una cultura de vida sana y saludable y un adiestramiento en el cuidado de su salud que haga especial énfasis en la prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas y en las prácticas seguras en sus relaciones sexuales.

❖ Desarrollar un Programa de Embarazo saludable que incorpore la educación sobre prácticas saludables durante el embarazo, preparación al parto y promoción de la lactancia materna.

❖ Desplegar actividades de educación y adiestramiento a grupos específicos, especialmente a personas afectas de dolencias crónicas.

❖ Promover un ocio saludable entre la población.

❖ Continuar con políticas coordinadas encaminadas a la utilización racional de los medicamentos.

❖ Promover el uso responsable de los servicios sanitarios.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Potenciar la implantación y desarrollo del Plan de Educación para la Salud en la Escuela en todos los centros docentes no universitarios.	Promoción y educación para la salud	Recursos humanos, materiales y financieros	Sanidad Educación Ayuntamientos	2009	2015
Potenciar el uso de Murcia Salud como instrumento de sensibilización y consulta de problemas de salud para el conjunto de la población.	Educación para la salud	Actualización del Portal Sanitario (MurciaSalud)	Sanidad SMS	2009	2015
Desarrollo de actuaciones de formación/sensibilización al conjunto de la población, para la resolución de pequeños problemas de salud que incorporen pautas para la utilización de los servicios sanitarios.	Educación para la salud	Actuaciones generales y desde el sistema sanitario y desde entorno Web.	Sanidad	2009	2015
Desarrollo de un Programa de Embarazo saludable, que incorpore la educación y formación continuada sobre prácticas saludables durante el embarazo, preparación al parto y promoción de la lactancia materna.	Promoción y educación para la salud	Recursos humanos	Sanidad SMS	2009	2015
Desarrollo de actividades de educación a grupos específicos, especialmente a personas afectas de enfermedades crónicas.	Educación para la salud		Sanidad SMS	2009	2015
Promoción del acceso al registro de Instrucciones Previas (IP) por parte de las personas.	Promoción y educación para la salud	Información del registro IP			
Promoción de ocio sano entre la población.	Promoción de la salud		Sanidad Ayuntamientos	2009	2015

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
Frecuentación anual en medicina de familia.	5,6	5,4	5,2	5,0
Frecuentación anual en pediatría de atención primaria.	5,1	5,1	5,0	5,0
Frecuentación anual de urgencias hospitalarias.	544	535	520	500
% de mujeres con aplicación de protocolo de embarazo.	40%	60%	80%	100%

6.2/ OBJETIVOS E INTERVENCIO- NES SOBRE EL ENTORNO /

La interacción entre medio ambiente y salud es bastante estrecha y compleja. El medio que nos rodea influye significativamente en la salud colectiva, tanto desde la perspectiva de inductor de enfermedades como de generación de un equilibrio vital positivo para la salud del individuo.

Aunque se han resuelto muchos problemas de medio ambiente y salud, todavía queda mucho por hacer, especialmente en relación con las implicaciones sanitarias de exposiciones crónicas, puestas de manifiesto por la Agencia Europea de Medio Ambiente y la OMS. Esta última, da una definición de “medio ambiente y salud” que incluye como factores determinantes de salud, los efectos patológicos directos de las sustancias químicas, las radiaciones y algunos agentes biológicos, así como los efectos (con frecuencia indirectos) derivados del medio físico, psicológico, social y estético en general, comprendida la vivienda, el desarrollo urbano, el uso del terreno y el transporte. Un trabajo reciente realizado por Prüss-Üstün y Corvalán para la OMS muestra que los factores ambientales influyen en el 80% de las enfermedades estudiadas. Además estima que en todo el mundo el 24% de la carga de morbilidad (años de vida perdidos) y aproximadamente el 23% de todas las defunciones (mortalidad prematura) eran atribuibles a factores ambientales.

La política medioambiental de la UE se viene guiando por consideraciones de orden sanitario como la “Estrategia europea en materia de medio ambiente y salud”, denominada también, iniciativa SCALE (Science, Children, Awareness, Legal instrument, Evaluation). El objeto de ésta es profundizar en los conocimientos sobre la compleja interacción entre el medio ambiente y la salud para adoptar medidas que reduzcan la incidencia de los factores medioambientales en la salud de las personas. Dentro de las actuaciones previstas se encuadra el “Plan de acción de medio ambiente y salud (2004-2010)” cuya finalidad es mejorar las condiciones de salud de la población europea, para lo que se requiere conocer con precisión el impacto de los daños medioambientales en la salud humana. Se refiere principalmente a las relaciones existentes entre los factores ambientales y las enfermedades respiratorias, los trastornos del desarrollo neurológico, el cáncer y las alteraciones endocrinas. Se articula en torno a tres grandes ejes, que incluyen una serie de acciones.

- ❖ Mejorar la cadena de información integrando la información de medio ambiente y salud para comprender la relación existente entre fuentes de contaminación y efectos sanitarios.
- ❖ Completar los conocimientos reforzando la investigación sobre medio ambiente y salud e identificando los nuevos problemas.
- ❖ Revisar las políticas y mejorar la comunicación fomentando la sensibilización, la comunicación de los riesgos, la formación y la educación para proporcionar a la ciudadanía la información necesaria de manera que puedan elegir mejor en materia de salud y garantizar que los especialistas de los diferentes campos sean conscientes de las interacciones existentes entre el medio ambiente y la salud.

En sintonía con esta iniciativa, el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud también incorpora una línea de actuación destinada a salud ambiental que se propone desarrollar un Plan de Acción de Salud y Medio Ambiente entre cuyas actividades se encuentran: potenciar la Red de Intercambio Rápido de Información sobre productos químicos e informatizar todos los procedimientos de evaluación y autorización de estos productos para favorecer los estudios de evaluación de riesgos y disponer de una mejor información tanto para la ciudadanía como para los profesionales; elaborar guías y manuales de gestión ambiental para los servicios sanitarios; y por último, reforzar el análisis de las aguas de consumo.

Desde esta línea de actuación prioritaria se pretende actuar sobre los condicionantes del entorno con mayor impacto sobre la salud, entre ellos el aire, el agua, los residuos y los contaminantes químicos, factores todos ellos con los que interaccionamos continuamente. Además, se incluyen actuaciones sobre dos elementos clave que son prevenibles, por una parte los accidentes no intencionales, fundamentalmente de tráfico y domésticos, y por otro el entorno laboral.

Los objetivos y estrategias de intervención que se pretenden alcanzar desde esta área son los siguientes:

OBJETIVOS:

- Mejorar la calidad del aire reduciendo la media anual de partículas en suspensión.
- Reducir la contaminación acústica y ambiental en los hogares de la Región.
- Incrementar la utilización del transporte público.
- Incrementar el reciclado de residuos en la Región.
- Incrementar la tasa de depuración de aguas residuales.
- Reducir la siniestralidad en el trabajo y reforzar la salud laboral.
- Reducir la mortalidad y morbilidad por accidentes no intencionales.
- Reducir la siniestralidad por accidente de tráfico.

INTERVENCIONES:

- Desarrollar programas que favorezcan los entornos saludables, actuando intersectorialmente sobre los condicionantes que pueden contribuir a generar un entorno de vida más saludable.
- Promover un entorno laboral más seguro y saludable.
- Prevenir la siniestralidad en la Región, con el objetivo de reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad originadas por causas externas.

Desarrollar políticas intersectoriales para promover la salud en la población, generar entornos saludables de vida, mejorar la calidad del entorno medioambiental (aire, agua, otros riesgos) y reforzar los mecanismos de prevención y seguridad de la salud colectiva.

Área de Impacto

Ámbitos de Actuación

Continuidad

Resolutividad

Implicación

Efectividad

SOCIEDAD

Tipo de Intervención

SOCIEDAD

- Educación par la salud en todos los escenarios de intervención.
- Medio ambiente y sanidad ambiental.
- Entornos de vida físico, psíquico y social: transportes, instalaciones, urbanismo, deportivas, etc.
- Seguridad alimentaria.
- Vacunaciones.
- Diagnóstico precoz de enfermedades.
- Comunicación y coordinación de iniciativas.
- Sistema de información.
- Uso racional de medicamentos.

- **Promoción de la salud**
- **Prevención**
- **Diagnóstico precoz**

6.2.1/ OBJETIVOS SOBRE EL ENTORNO

6.2.1.1/ CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA

❖ Según el Informe Anual Calidad del Aire Región de Murcia 2007, de las 11 estaciones que forman parte de la Red de Control y Vigilancia de la Contaminación Atmosférica de la Región de Murcia, 6 de ellas superaron el valor límite diario de partículas en suspensión establecido en 35 ocasiones por año civil y en 4 de ellas se superó el valor límite anual determinado en 40v µg/m³.

❖ Las partículas en suspensión de tamaño inferior a 10 µm es una de las más problemáticas, por los posibles efectos que tiene sobre la salud la superación de los valores límite fijados por la normativa.

OBJETIVO: Reducir la media de partículas en suspensión y el número de días que se superan los valores límite en un 25% en 2015.

VALOR MEDIO DEL CONTAMINANTE PM10 (PARTÍCULAS EN SUSPENSIÓN > 10 µm) µg/m³N

	2006	2007	2008
Alcantarilla	44,6	25,8	23,5
Lorca	20,3	25,8	39,8
San Basilio	15,0	26,6	23,5
La Unión	38,6	41,4	26,3
Aljorra	36,1	50,6	42,4
Alumbres	31,4	39,0	35,9
San Gines	33,9	45,0	39,2
Escombreras2(HIST)	63,5	74,3	-
Mompean	41,5	47,9	42,7
Valle	-	40,8	39,0
Caravaca	-	22,4	30,0

Fuente: CARM - Calidad aire.2009

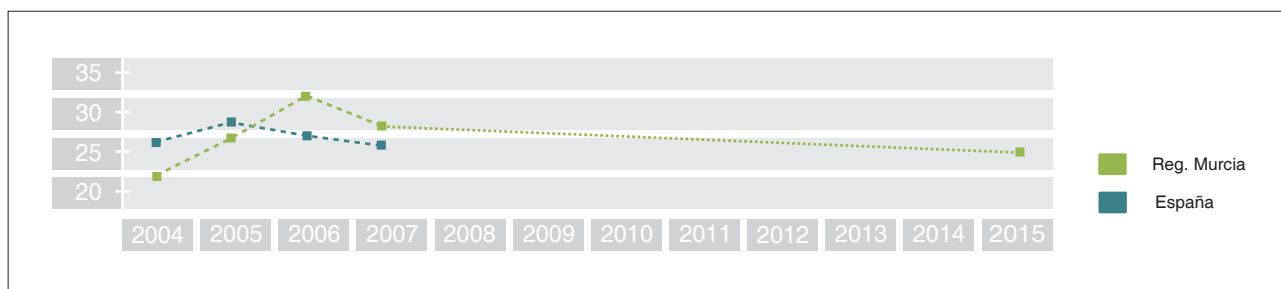
6.2.1.2/ HOGARES CON PROBLEMAS DE RUIDO

❖ En una tercera parte de las viviendas de la Región hay ruidos procedentes de la vecindad o de la calle y, en una de cada cinco, contaminación o problemas ambientales.

❖ Son cifras superiores a la media española que reflejan una baja calidad del medio que rodea a las viviendas.

OBJETIVO: Reducir el porcentaje de viviendas con problemas de ruido por debajo de 25% en 2015.

PORCENTAJE DE VIVIENDAS CON RUIDOS PRODUCIDOS POR LOS VECINOS O DE LA CALLE

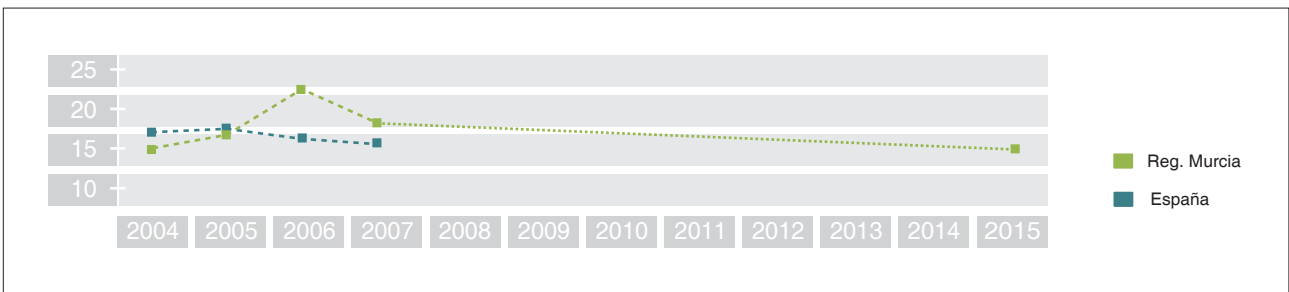


Fuente: Encuesta de condiciones de vida. INE. 2007.

6.2.1.3/ HOGARES CON PROBLE- MAS DE CONTAMINACIÓN /

OBJETIVO: Reducir el porcentaje de viviendas con problemas de contaminación por debajo de 15% en 2015.

PORCENTAJE DE VIVIENDAS CON CONTAMINACIÓN O PROBLEMAS AMBIENTALES



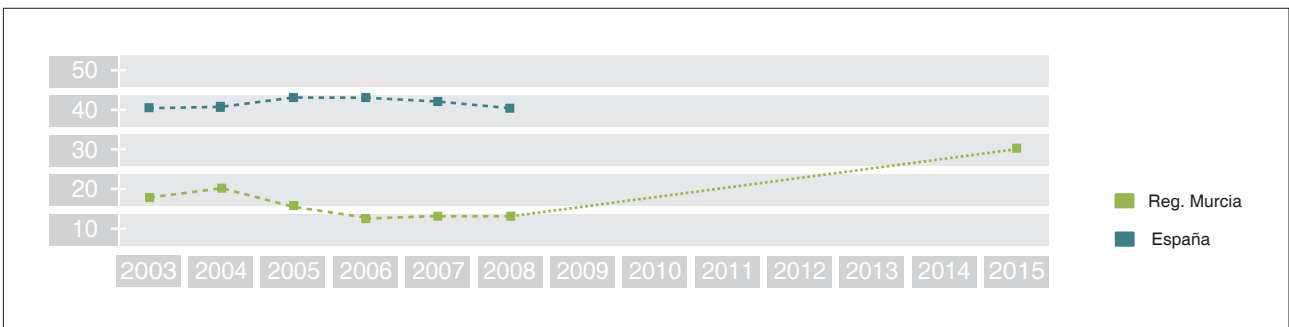
Fuente: Encuesta de condiciones de vida. INE. 2007

6.2.1.4./ UTILIZACIÓN DEL TRANS- PORTE PÚBLICO /

❖ La tasa de utilización del transporte urbano en la Región no llega a 15 viajeros/habitante/año, en contraposición a los 40 que hay en el conjunto de España. Además de ser una cifra muy baja, muestra una progresiva tendencia descendente en los últimos años. Este hábito repercute negativamente tanto en el medio ambiente como en los estilos de vida sedentarios.

OBJETIVO: Incrementar el uso anual de transporte urbano por encima de 30 viajes/habitante en 2015.

TASA DE USO ANUAL DE TRANSPORTE URBANO POR HABITANTE Y AÑO

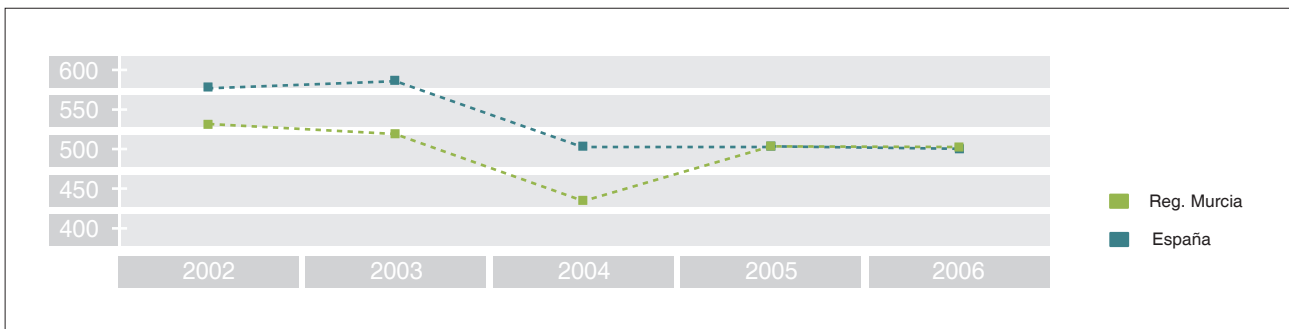


Fuente: Estadísticas de transporte de viajeros. INE 2008

6.2.1.5/ RECICLADO DE RESIDUOS /

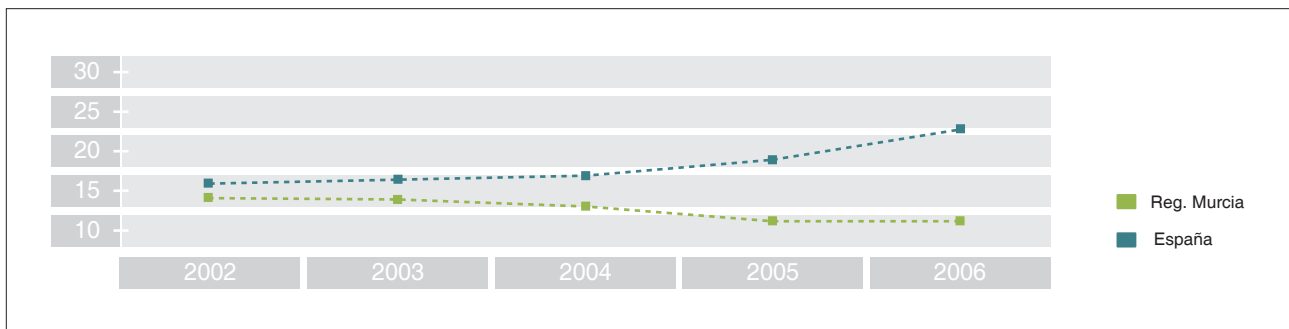
❖ La tasa de reciclado de residuos urbanos se sitúa cerca del 10% en la Región. Desde el año 2004 se observa un cierto estancamiento del resultado de este indicador tanto en la Región de Murcia como en España.

RESIDUOS MEZCLADOS



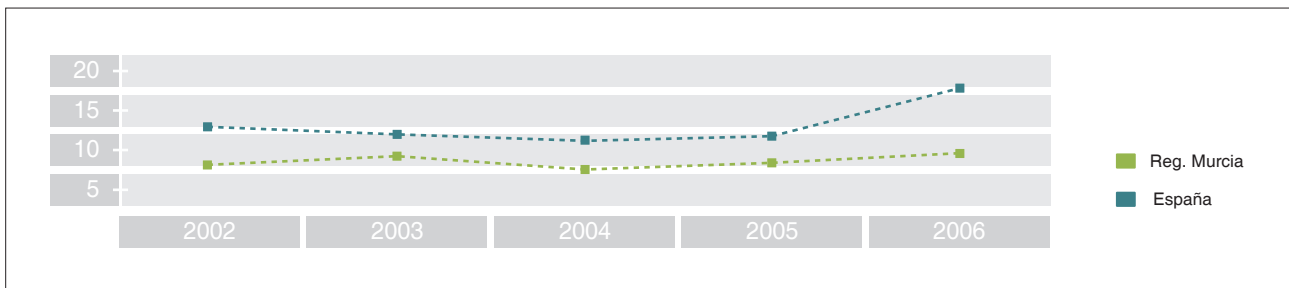
Unidades: Kilogramos/habitante/año

PAPEL Y CARTÓN



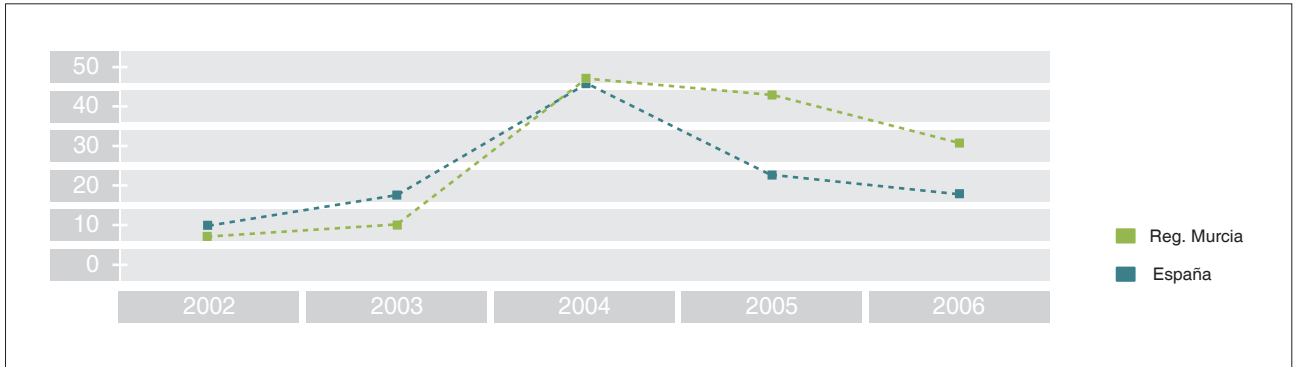
Unidades: Kilogramos/habitante/año

VIDRIO



Unidades: Kilogramos/habitante/año

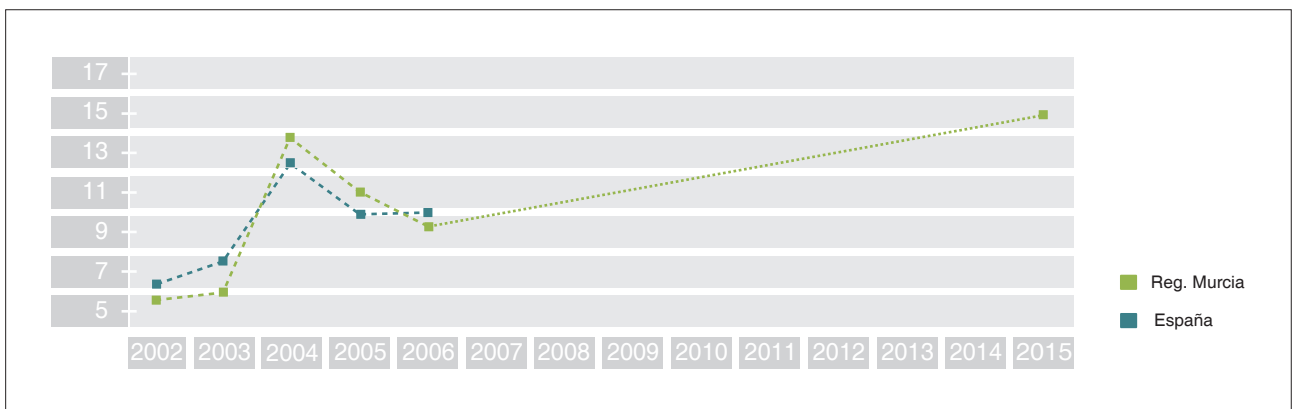
ENVASES MIXTOS



Unidades: Kilogramos/habitante/año

OBJETIVO: Incrementar el porcentaje de reciclado de residuos reciclados (papel, vidrio y envases mixtos) sobre el total de residuos por encima del 15% en 2015.

RECOGIDA SELECTIVA DE RESIDUOS (PAPEL, VIDRIO Y ENVASES MIXTOS) SOBRE EL TOTAL DE RESIDUOS RECOGIDOS (%)



Unidades: Kilogramos/habitante/año

Fuente: Encuesta sobre recogida y tratamiento de residuos urbanos INE. 2006

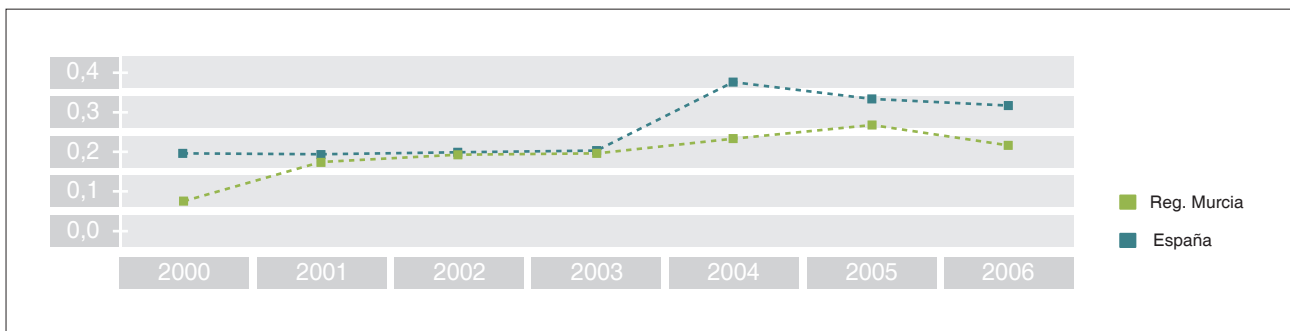
6.2.1.6/ DEPURACIÓN DE AGUAS RESIDUALES /

❖ La Región de Murcia lidera en el conjunto de España los indicadores relacionados con la adecuada utilización del agua en todas las áreas de actuación (recogida, tratamiento, vertido y reutilización).

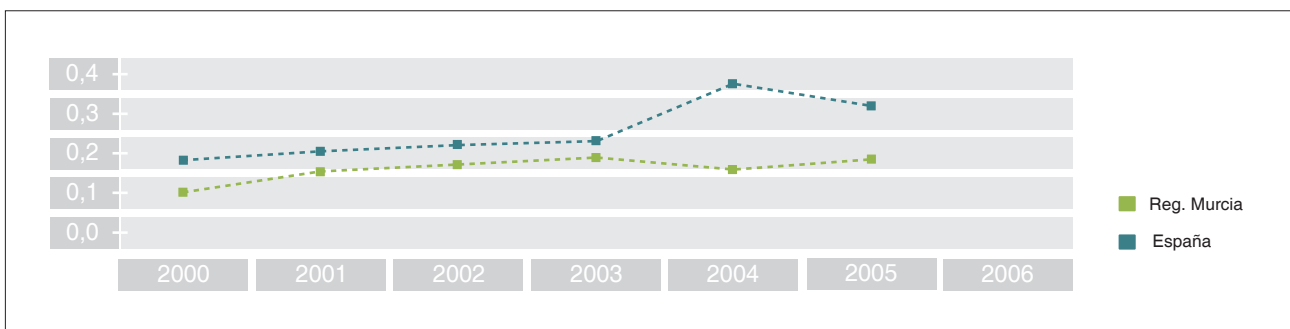
VOLUMEN DE AGUAS RESIDUALES RECOGIDAS (M³/HABITANTES/DÍA)



VOLUMEN DE AGUAS RESIDUALES TRATADAS (M³/HABITANTES/DÍA)

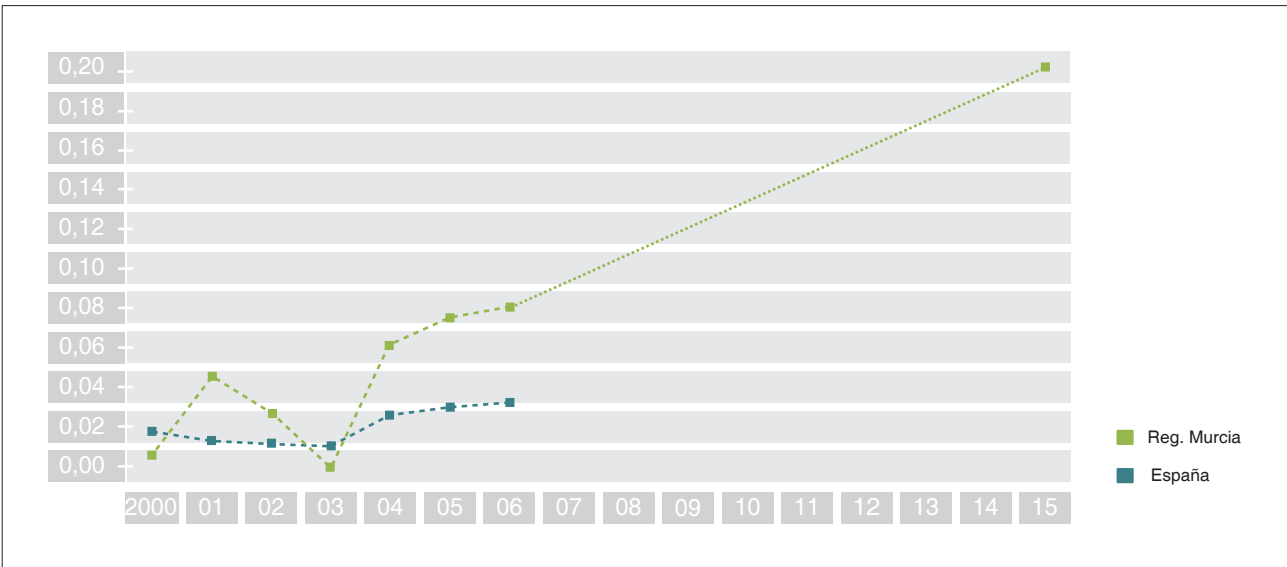


VOLUMEN DE AGUA VERTIDA (M³/HABITANTES/DÍA)



OBJETIVO: Incrementar el volumen de agua reutilizada a más de 0,2 m³/habitante y día en 2015.

VOLUMEN TOTAL DE AGUA REUTILIZADA (M³/HABITANTES/DÍA)



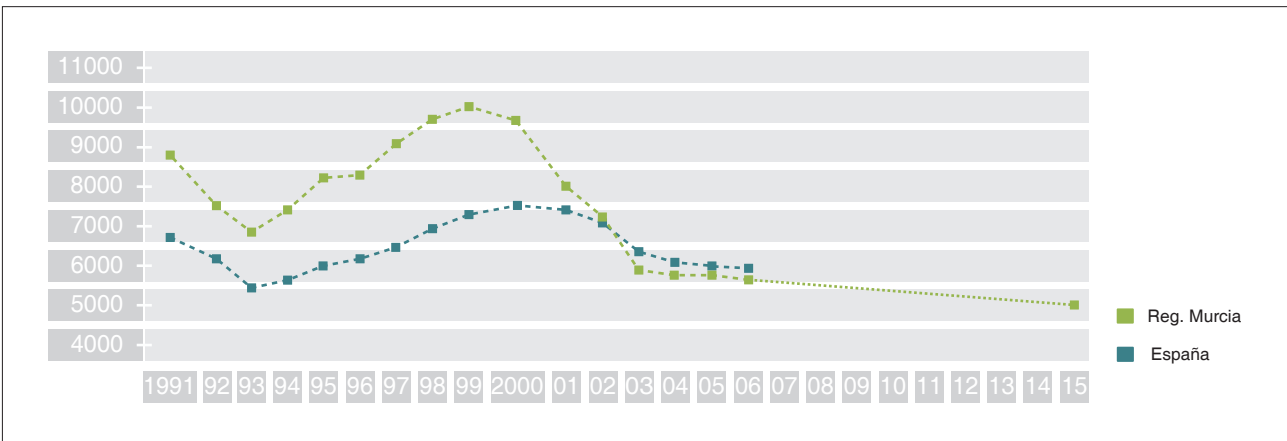
Fuente: CREM. Centro Regional de Estadísticas de la Región de Murcia 2008

6.2.1.7./ ACCIDENTES DE TRABAJO /

❖ La Región de Murcia ha realizado una destacada actividad para prevenir la siniestralidad laboral, habiendo logrado en los últimos años un considerable descenso de los accidentes laborales. Si bien en la década de los 90 se registraban tasas muy por encima de la media española, en la década actual comenzó un descenso que las ha situado por debajo.

OBJETIVO: Reducir la incidencia de accidentes de trabajo por debajo de 5.000/100.000 afiliados a la Seguridad Social en 2015.

INCIDENCIA DE ACCIDENTES DE TRABAJO POR 100.000 AFILIADOS A LA SEGURIDAD SOCIAL

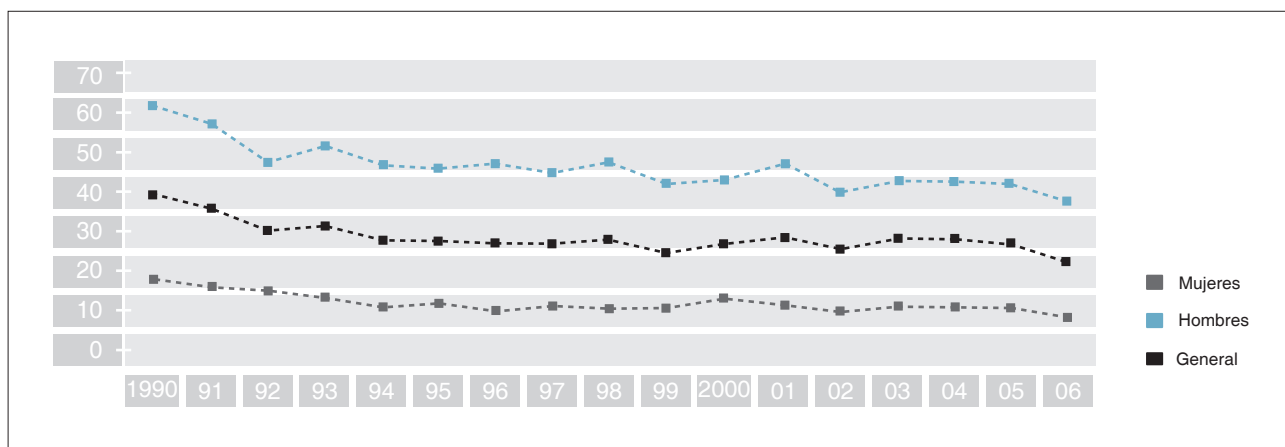


Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

6.2.1.8/ MORTALIDAD POR ACCIDENTES NO INTENCIONALES /

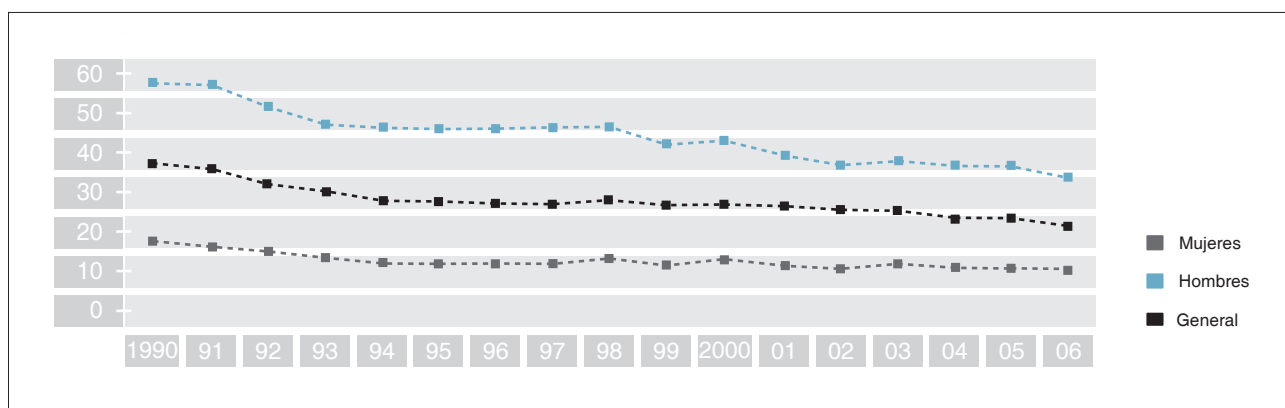
❖ La mortalidad por accidentes no intencionales ajustada por la edad de la población europea es de 22 /100.000, una cifra y tendencia similar a la española. Se propone mantener la tendencia descendente observada en los últimos años.

TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR ACCIDENTES NO INTENCIONALES, POR 100.000 HAB. REGIÓN DE MURCIA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

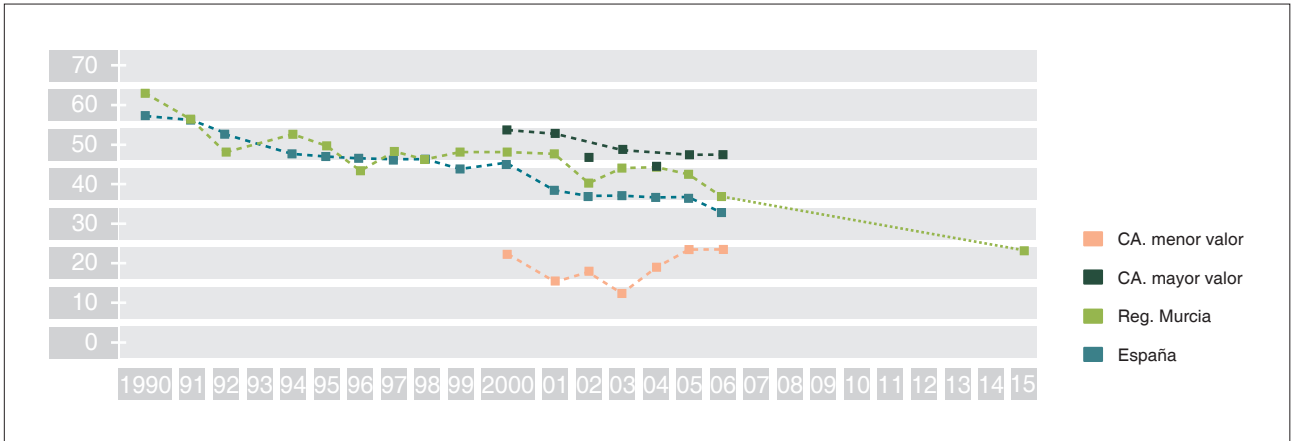
TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR ACCIDENTES NO INTENCIONALES, POR 100.000 HAB. ESPAÑA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS. 2009

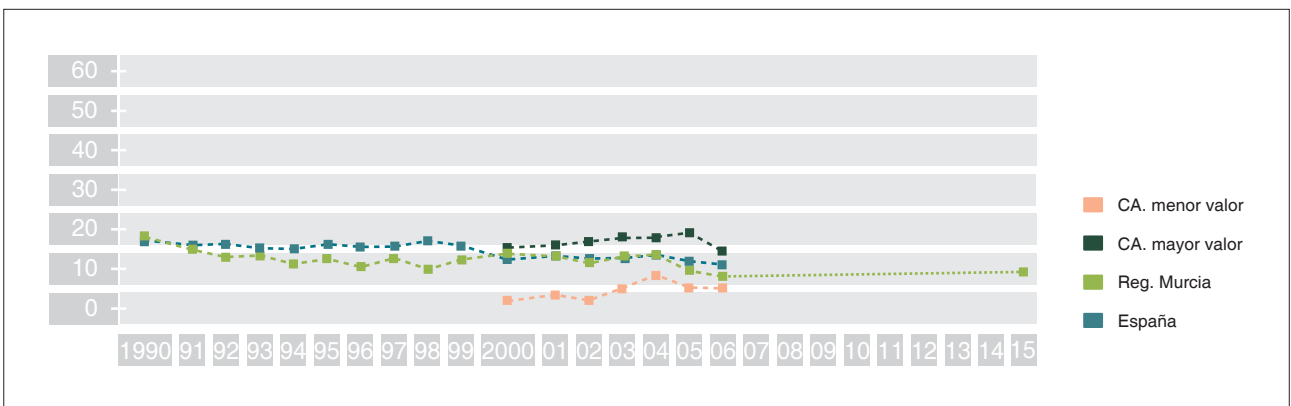
OBJETIVO: Reducir la tasa ajustada por edad de mortalidad por accidentes no intencionales en hombres por debajo de 25/100.000 en 2015.

TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR ACCIDENTES NO INTENCIONALES, POR 100.000 HAB. HOMBRES



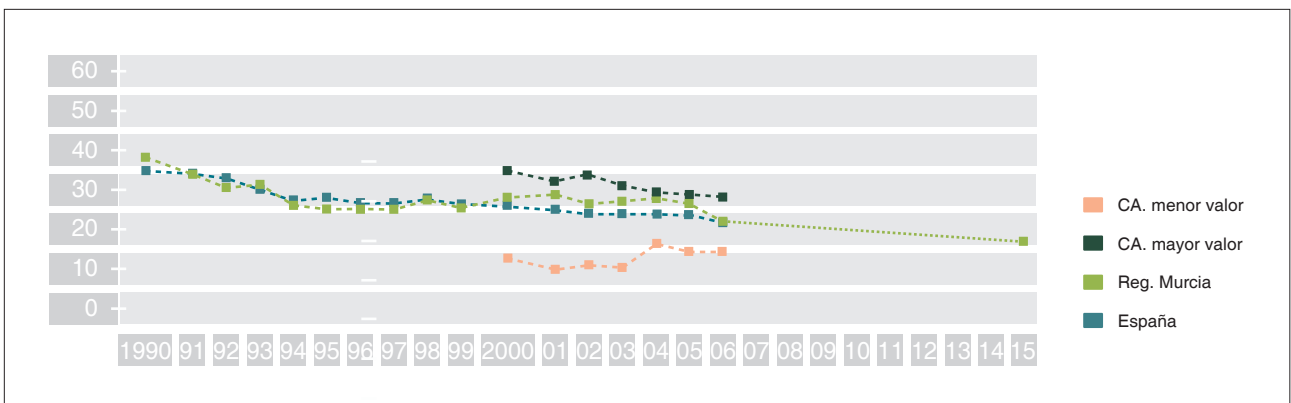
OBJETIVO: Mantener la tasa ajustada por edad de mortalidad por accidentes no intencionales en mujeres por debajo de 10/100.000 en 2015.

TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR ACCIDENTES NO INTENCIONALES, POR 100.000 HAB. MUJERES



OBJETIVO: Reducir la tasa ajustada por edad de mortalidad por accidentes no intencionales por debajo de 18 personas/100.000 en 2015.

TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR ACCIDENTES NO INTENCIONALES, POR 100.000 HAB. AMBOS SEXOS

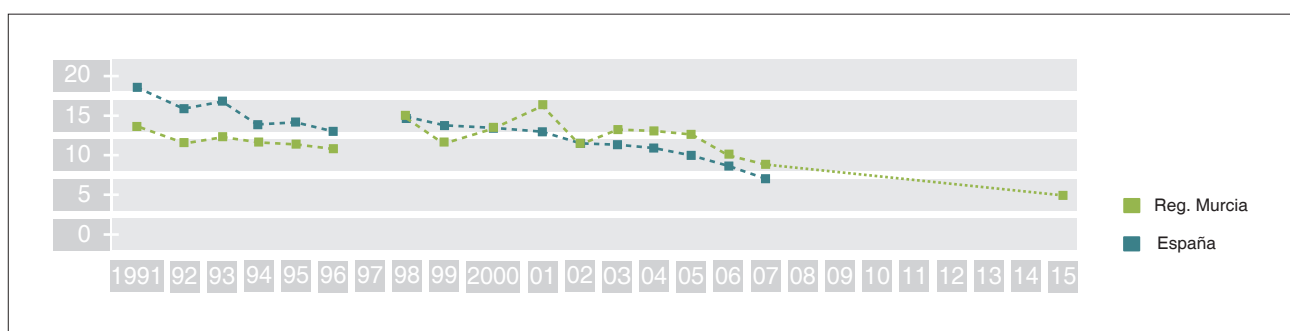


6.2.1.9/ MORTALIDAD POR ACCI- DENTE DE TRÁFICO /

❖ Durante el año 2007, 133 personas perdieron la vida en las carreteras murcianas, lo que representa una mortalidad bruta de 9,5/100.000. Como sucede en el conjunto de España, los resultados de los últimos años muestran una tendencia descendente muy favorable que se pretende mantener a lo largo de la vigencia de este Plan de Salud.

OBJETIVO: Reducir el número de víctimas mortales de accidentes de tráfico por debajo de 5/100.000 en 2015.

VÍCTIMAS MORTALES DE ACCIDENTES DE TRÁFICO POR 100.000 HABITANTES



Fuente: Series estadísticas sobre accidentes y víctimas de tráfico. Dirección General de Tráfico

6.2.2/ ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN SOBRE EL ENTORNO

6.2.2.1/ ENTORNO SALUDABLE

Justificación y condicionantes

❖ El entorno de vida es uno de los condicionantes con mayor impacto sobre la salud de los ciudadanos sin enfermedades, además, de ser un factor de agravamiento de dolencias crónicas. Es decir, condiciona de una forma determinante algunos problemas de salud y es un factor de riesgo para muchos otros.

❖ Sin embargo, hay un gran desequilibrio entre la inversión destinada a su conservación o mejora, en relación a los riesgos de un medio agresivo. Por ello urge desarrollar actuaciones que favorezcan un entorno más saludable.

Propósito

❖ Actuar sobre los condicionantes del entorno que puedan contribuir a una sociedad más saludable.

❖ Incrementar los espacios verdes y áreas de esparcimiento en el entorno urbano, para obtener una mayor armonía en el escenario de convivencia pública y para reducir la contaminación acústica y atmosférica.

❖ Incrementar la dotación de instalaciones deportivas para facilitar la afición a la práctica de deportes y de ejercicio físico de la población.

❖ Mejorar la oferta de transporte público y dificultar el uso del vehículo propio, para promover el uso de los medios colectivos de transporte con dos objetivos: promover el ejercicio físico y reducir la contaminación ambiental y acústica.

❖ Reducir la contaminación acústica y del aire en el entorno.

❖ Mejorar la utilización del recurso agua potenciando aún más su depuración.

❖ Reducir la contaminación química, tan poco reconocida por el conjunto de la ciudadanía.

❖ Promover el desarrollo del Medio natural y de los ecosistemas de la Región mediante la protección de los espacios naturales.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Promover las estrategias de ciudades saludables.	Promoción de la Salud	Financiación de proyectos	Sanidad Ayuntamientos	2009	2011
Promover el desarrollo de espacios verdes, senderos protegidos e Instalaciones deportivas por parte de los Ayuntamientos y Gobierno Regional, considerando la adaptación de los mismos a las necesidades de las personas dependientes.	Promoción de la salud	Financiación de desarrollo de áreas de esparcimiento	Sanidad Ayuntamientos Deportes Agricultura y Agua	2009	2015
Contribuir al desarrollo de una estrategia para la promoción de una movilidad saludable: a pie, en bicicleta y en transporte público.	Promoción de la salud		Ayuntamientos Sanidad	2009	2015
Coordinar las actividades conjuntas en materia de medio ambiente y salud, potenciando las actividades de investigación y los mecanismos para mejorar la evaluación del riesgo, desarrollando un conjunto de indicadores de salud ambiental.	Promoción de la salud		Sanidad Medio Ambiente Ayuntamientos	2009	2015

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
Nº de municipios incorporados al programa de ciudades saludables.	1	2	4	8
Kilómetros de vías verdes y senderos acondicionados en la Región.	185	276	371	464
Kilómetros de carril bici en la Región.	Establecer indicador	Aumentar	Aumentar	Aumentar

6.2.2.2/ ENTORNO LABORAL SE- GURO Y SALUDABLE /

Justificación y condicionantes

❖ La evolución de los accidentes laborales ha sido muy favorable en el conjunto de la Región en los últimos años, con una clara tendencia decreciente. Hasta el año 2002 los datos de siniestralidad en la Región superaban la media nacional pero desde ese año los indicadores se sitúan en una mejor posición de una forma ya consolidada. A pesar de esta mejora, existe un importante déficit de atención a la enfermedad profesional, con un bajo registro de estos problemas de salud.

❖ El reto más destacado de esta área de actuación es la coordinación de todos los organismos implicados en salud laboral y prevención de la siniestralidad:

❖ Servicio Murciano de Salud, a través de la Inspección Médica, para que sea el organismo receptor de cualquier sospecha de enfermedad profesional que sea detectada en atención primaria y especializada.

❖ Dirección General de Salud Pública, donde se sitúa la Unidad de Salud Laboral, como organismo encargado de la acreditación de los servicios de prevención, propios y ajenos, de la vigilancia de la salud y del estudio epidemiológico en el ámbito laboral.

❖ Instituto de Seguridad y Salud Laboral de la Región de Murcia, como organismo receptor de los partes de enfermedad profesional y con capacidad y competencia para determinar el puesto de trabajo y la actividad del trabajador, a efectos de la declaración de enfermedad profesional.

❖ Esta coordinación estaría orientada a tres tipos de acciones:

❖ Acciones de divulgación y sensibilización, como comunicación a empresas y trabajadores sobre las obligaciones en la vigilancia de la salud, campañas de prevención de drogodependencias y alcoholismo en el ámbito laboral y otras.

❖ Acciones de asesoramiento y formación, como formación continuada a médicos de atención primaria para la detección de patologías de origen laboral, realización de estudios epidemiológicos en el ámbito laboral, desarrollo de sistemas de información sobre enfermedades profesionales y patologías relacionadas con el trabajo y promoción de actividades de educación para la salud de los trabajadores.

❖ Acciones de coordinación, como elaboración de procedimientos para la comunicación por parte de los facultativos de atención primaria y de los médicos especialistas cuando tuvieran conocimiento de la existencia de enfermedades que pudieran ser calificadas como profesionales y potenciar la coordinación entre los servicios sanitarios de Atención Primaria y Atención Especializada, el Servicio de Incapacidad Temporal y Salud Laboral y el Instituto de Seguridad y Salud Laboral de la Región de Murcia.

Propósito

❖ Mejorar la seguridad del entorno laboral para reducir la mortalidad y morbilidad generada por accidentes en el trabajo.

❖ Mejorar la salud laboral de los trabajadores, previniendo la aparición de enfermedades profesionales.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Potenciar en las empresas estrategias de prevención basadas en la evaluación de riesgos, desarrollo de planes de prevención y evaluación de la efectividad de las actuaciones realizadas.	Promoción	Reforzar la Unidad de Salud Laboral de la Consejería de Sanidad	Instituto de Seguridad y Salud Laboral Sanidad O. Sindicales	2009	2015
Desarrollo de prácticas laborales saludables en las empresas.	Promoción		Instituto de Seguridad y Salud Laboral Sanidad O. Sindicales	2009	2015
Fomentar el intercambio de información y el desarrollo de sistemas de información entre asistencia sanitaria e Instituto de Seguridad y Salud Laboral.	Promoción		Instituto de Seguridad y Salud Laboral Sanidad O. Sindicales	2009	2015
Desarrollar un entorno de cooperación entre el Instituto de Seguridad y Salud Laboral, SMS y Consejería de Sanidad para el desarrollo de actividades de sensibilización, asesoramiento, formación y vigilancia y control en salud laboral.	Promoción	Personal Desarrollo sistema Información	Instituto de Seguridad y Salud Laboral Sanidad O. Sindicales	2009	2015
Desarrollar un sistema de vigilancia y alerta para intoxicaciones por productos químicos y algunas enfermedades profesionales de especial interés.	Promoción		Instituto de Seguridad y Salud Laboral Sanidad O. Sindicales	2010	2011

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
Jornadas perdidas por accidentes laborales (34,44 por 1.000 horas trabajadas en 2006).	32	30	27	25
Incidencia de accidentes de trabajo por 100.000 trabajadores cubiertos por las contingencias de accidente de trabajo (en el año 2008 el índice de incidencia es de 4.811 por cada 100.000).	4700	4600	4500	4400
Incidencia de enfermedades profesionales por 100.000 trabajadores cubiertos por contingencia de accidente laboral (65 en 2007).	60	55	50	45
Años potenciales de vida perdidos por accidente laboral (1.091 en 2008).	<1000	<950	<900	<900

6.2.2.3/ ACCIDENTALIDAD

Justificación y condicionantes

❖ La siniestralidad por accidentes de tráfico es una de las mayores causas de pérdida de años de vida en buena salud del conjunto de la población. Los excelentes resultados obtenidos en los últimos años no deben ser una excusa para reducir los esfuerzos, sino todo lo contrario, reconociendo el valor de una actuación que impacta en la salud de la población de una forma muy rentable.

❖ Especial mención exigen los datos referidos a los jóvenes. Uno de cada 3 fallecidos en accidente de circulación es un joven entre 15 y 29 años, cuando sólo son el 22% de la población; representa la principal causa de muerte en este grupo de edad. La estadística demuestra que el 60% de estas muertes se producen los fines de semana y la mitad entre las 12 de la noche y las 6 de la madrugada, lo que relaciona de forma directa ocio y accidente de tráfico en jóvenes.

❖ Hay que mejorar la prevención de accidentes domésticos, que especialmente afectan a personas con autonomía limitada, como niños, personas mayores o discapacitados.

❖ Por último, mencionar los problemas causados por cualquier tipo de violencia que, aun escasos en número, son reflejo de desigualdades en salud.

Propósito

❖ Reducir la mortalidad y morbilidad provocadas por causas externas en la Región.

❖ Desarrollar un programa regional de prevención de accidentes domésticos.

❖ Reforzar el transporte público en horarios de ocio.

❖ Reforzar los mecanismos de información sobre la siniestralidad.

❖ Desplegar actuaciones intersectoriales para prevenir la violencia en la sociedad.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Desarrollar un programa de prevención de accidentes domésticos que incluya actuaciones informativas a población general y grupos de riesgo: población escolar, mayores y personas dependientes entre otros.	Promoción	Financiación del programa	Sanidad Servicios sociales	2009	2015
Reforzar el transporte público en horarios de ocio (viernes y sábado por la noche).	Promoción	Financiación específica	Transportes Corporaciones locales	2009	2015
Reforzar los mecanismos para la declaración o información de la siniestralidad en diferentes ámbitos: laboral, tráfico, domésticos, utilizando los sistemas de información actualmente disponibles.	Promoción		Sanidad	2009	2015
Desplegar actuaciones intersectoriales para prevenir la violencia de todo tipo: de género, infantil, personas mayores, discapacidad.	Promoción		Sanidad Política social	2009	2015

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
Ingresos por 1.000 habitantes (capítulo 17 de la CIE9).	<8	<7,9	<7,7	<7,5
Mortalidad por 1.000 habitantes (capítulo 17 de la CIE9).	<0,20	<0,19	<0,18	<0,17

6.3/ OBJETIVOS E INTERVEN- CIONES SOBRE LA PROTEC- CIÓN COLEC- TIVA DE LA SALUD /

Esta área de actuación tiene como finalidad reforzar las iniciativas de prevención de la enfermedad desde una amplia visión, un ámbito de actuación sobre el que la Región de Murcia se ha caracterizado por un desarrollo avanzado, especialmente en la políticas de vacunaciones y prevención secundaria del cáncer.

Además de solucionar los problemas habituales, la salud pública debe responder a los desafíos de una sociedad más sensible y exigente a las agresiones para la salud. Para ello, será necesario definir y desarrollar un modelo integrado de salud pública, orientado a dar seguridad al conjunto de la población, con una amplia perspectiva sobre los peligros de la contaminación, los riesgos alimentarios, el incremento del tránsito de viajeros, las migraciones internacionales de personas, el desarrollo turístico, etc. En este modelo integrado son de especial interés dos necesidades: en primer lugar, la mejora de la coordinación de las actividades asistenciales y de salud pública del sistema regional de salud, para promover aún más la salud y prevenir la enfermedad. En segundo lugar, destacar que para la protección de la salud es necesario la integración de diversos sistemas de información, que aisladamente, tienen una utilidad muy concreta pero que integrados refuerzan la oportunidad de evitar riesgos y establecer mecanismos de alerta sanitaria.

Las actividades incorporadas en este ámbito se concentran en tres áreas de interés prioritario. Por un lado, la reducción de la incidencia de enfermedades infecciosas que siguen ocasionando una carga de morbilidad y mortalidad importante. Por otro, desarrollando estrategias de prevención secundaria del cáncer, donde la experiencia desarrollada mediante el estudio piloto sobre cribado de cáncer de colon y recto

ha resultado efectiva y señala el camino a seguir, siendo un referente para la puesta en marcha de iniciativas similares en otras CCAA. Finalmente, el refuerzo de los sistemas de información para mejorar los mecanismos de vigilancia y alertas sanitarias, de manera que permitan actuar con mayor agilidad y efectividad ante situaciones que pongan en riesgo la salud colectiva.

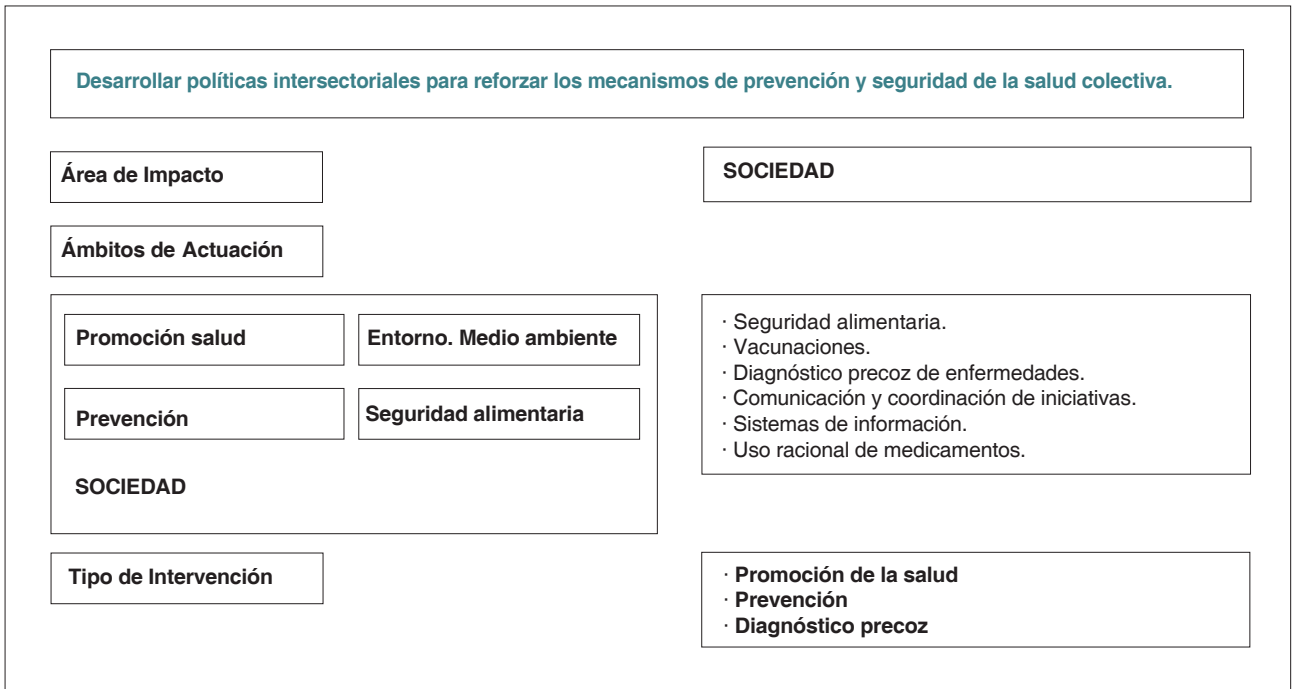
El abordaje integral de estos problemas requiere, en muchos casos, la puesta en marcha de estrategias de prevención secundaria y terciaria que entran dentro del ámbito de atención sanitaria. Los objetivos e intervenciones de este tipo se recogen en el apartado siguiente, donde se abordan las enfermedades mas relevantes.

OBJETIVOS:

- ❖ Mantener las tasas generales de cobertura vacunal en población infantil en los actuales niveles.
- ❖ Incrementar la cobertura vacunal contra la gripe en mayores más de 65 años y en personal sanitario.
- ❖ Reducir la incidencia de tuberculosis.
- ❖ Reducir la incidencia de SIDA.
- ❖ Reducir la incidencia de hepatitis.
- ❖ Reducir la incidencia de infecciones de transmisión sexual.
- ❖ Reducir las toxiinfecciones alimentarias.
- ❖ Incrementar la participación en el programa de cribado de cáncer de mama.
- ❖ Extender el programa de cribado de cáncer de colon a toda la población objetivo.

INTERVENCIONES:

- ❖ Proporcionar seguridad ante los riesgos para la salud promoviendo medidas de protección de la salud colectiva y actuando sobre los riesgos que la puedan afectar.
- ❖ Potenciar el desarrollo de los sistemas de información para reforzar los mecanismos de control, vigilancia y alertas sanitarias.



6.3.1/ OBJETIVOS DE PROTECCIÓN COLECTIVA DE LA SALUD

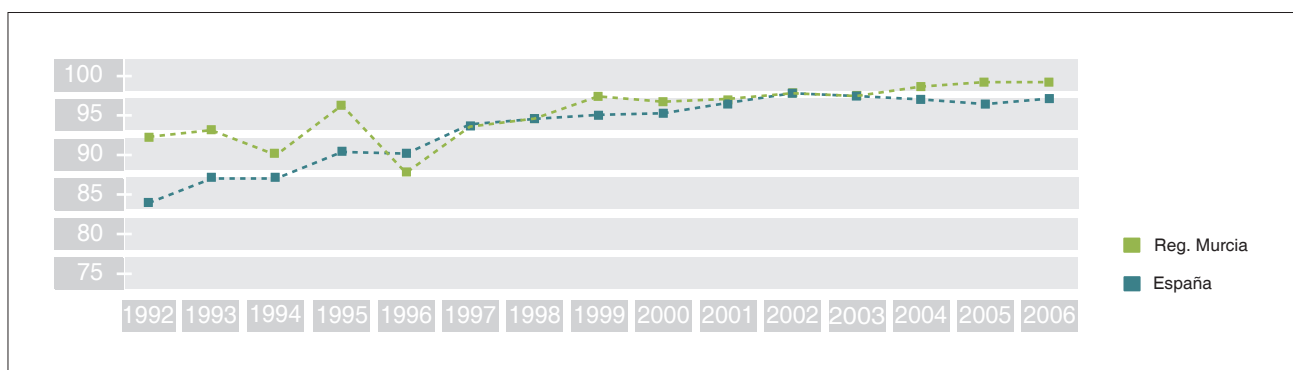
6.3.1.1/ VACUNACIONES

❖ La Región de Murcia lidera la tasa de vacunaciones a la población infantil en el conjunto de sistema sanitario español, que alcanzan prácticamente al 100% de la población, según el calendario vacunal aprobado.

❖ No ocurre lo mismo en la vacunación a profesionales sanitarios y personas en riesgo. En el primero de los casos, la tasa de vacunación contra la gripe llega a 1 de cada 4 trabajadores, en el segundo de los casos, para personas mayores de 65 años, es del 61%, cuatro puntos por debajo de la media nacional.

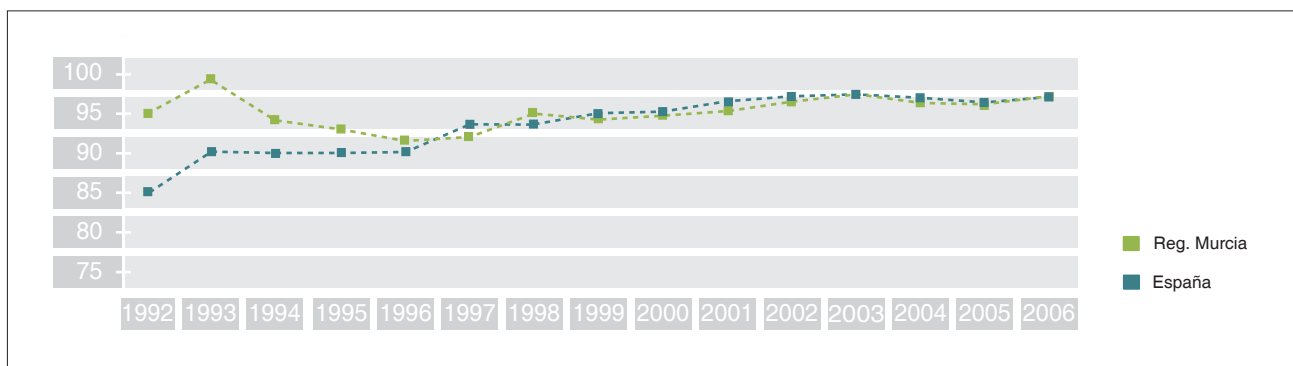
OBJETIVO: Mantener la tasa de vacunaciones en la población infantil por encima del 98%.

COBERTURA (%) DE VACUNACIÓN FRENTE A DIFTERIA-TÉTANOS PERTUSSIS (PRIMOVACUNACIÓN 0-1 AÑOS)

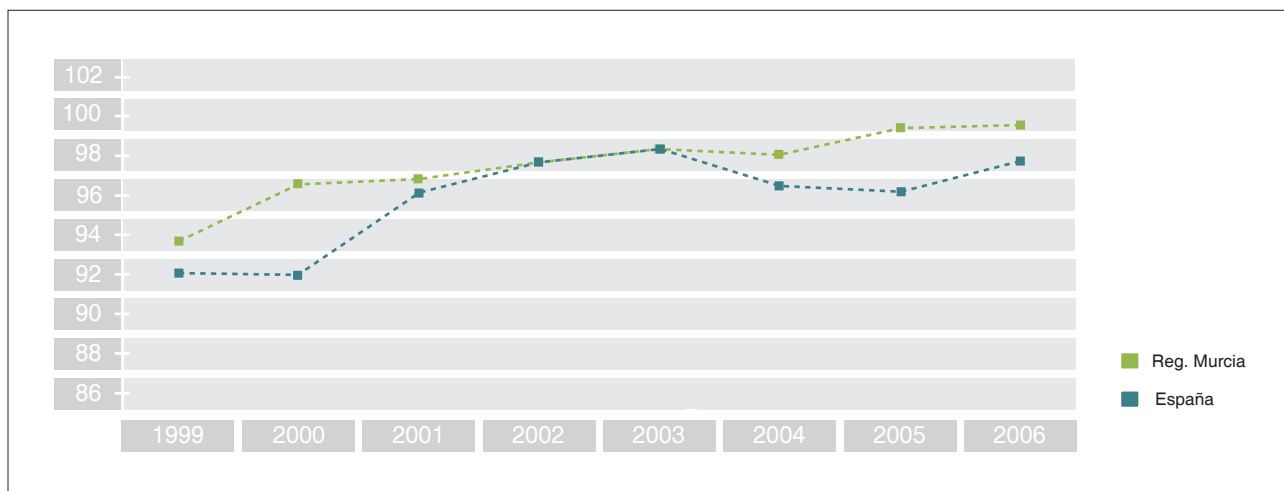


Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

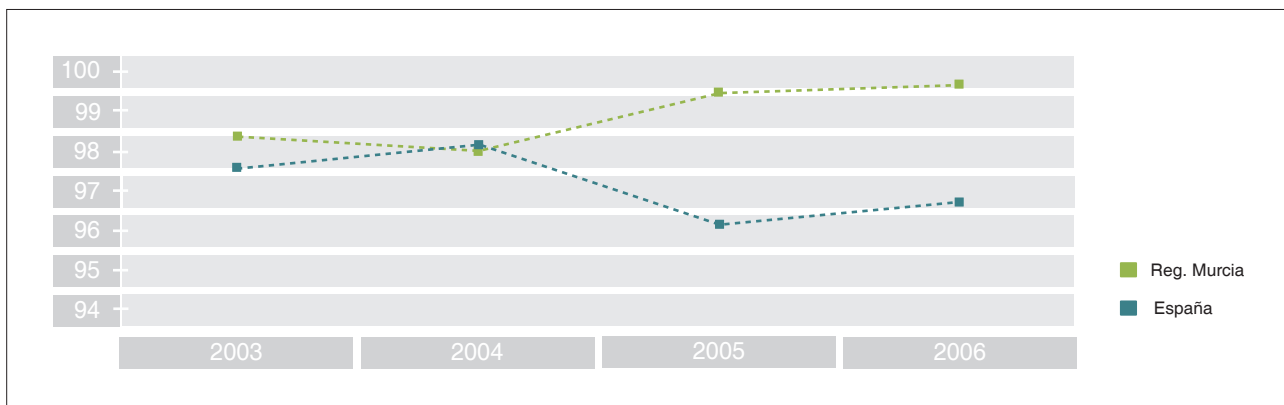
COBERTURA (%) DE VACUNACIÓN FRENTE A SARAMPIÓN-RUBÉOLA-PAROTIDITIS (PRIMOVACUNACIÓN 1-2 AÑOS)



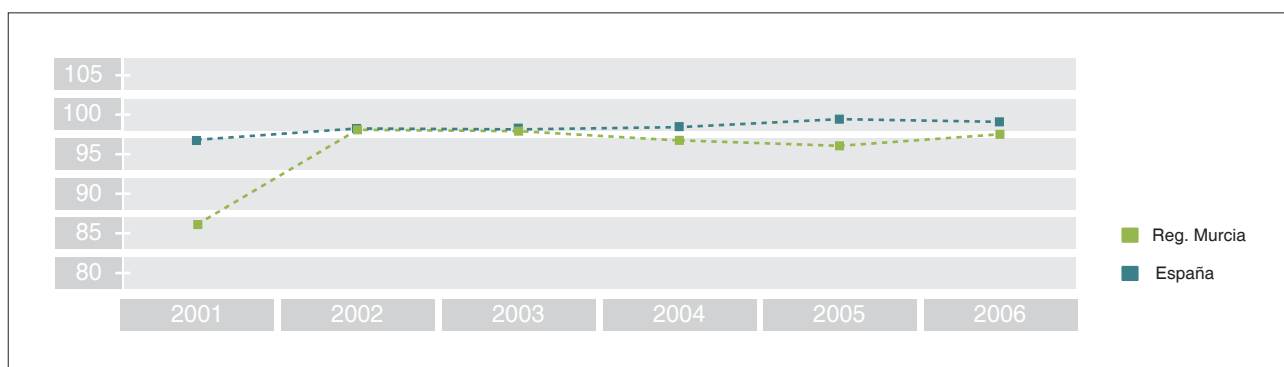
Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

COBERTURA (%) DE VACUNACIÓN FRENTE A HAEMOPHILUS INFLUENZA B (PRIMOVACUNACIÓN 0-1 AÑOS)


Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

COBERTURA (%) DE VACUNACIÓN FRENTE A LA HEPATITIS B (0-1 AÑO)


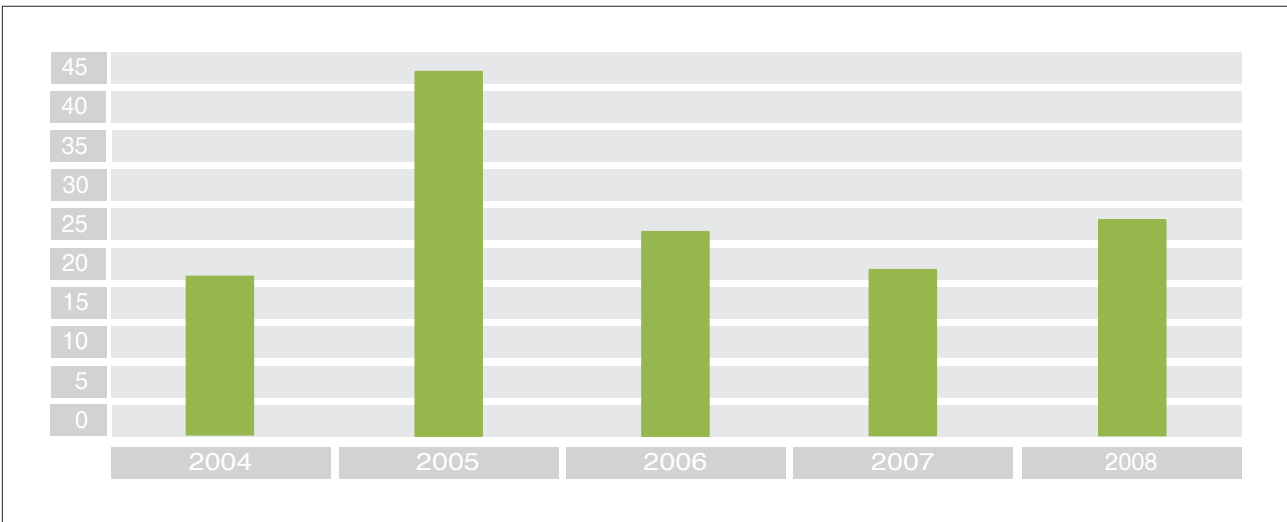
Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

COBERTURA (%) DE VACUNACIÓN FRENTE A LA MENINGITIS C (PRIMOVACUNACIÓN 0-1 AÑOS)


Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

OBJETIVO: Incrementar la tasa de vacunación de profesionales sanitarios por encima del 50% en 2015.

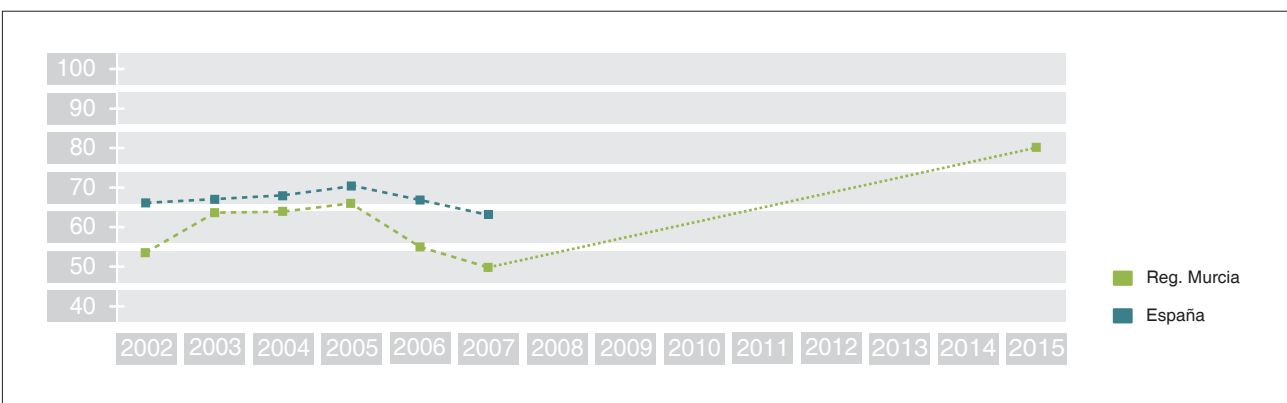
VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE EN PERSONAL SANITARIO. TASA DE VACUNACIONES DE PROFESIONALES SANITARIOS CONTRA LA GRIPE



Fuente: Salud Laboral. Servicio Murciano de Salud

OBJETIVO: Incrementar la tasa de vacunaciones frente a la gripe en personas mayores de 65 años por encima del 80% en 2015.

VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE EN MAYORES DE 65 AÑOS. COBERTURA (%) DE PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS VACUNADAS FRENTE A LA GRIPE



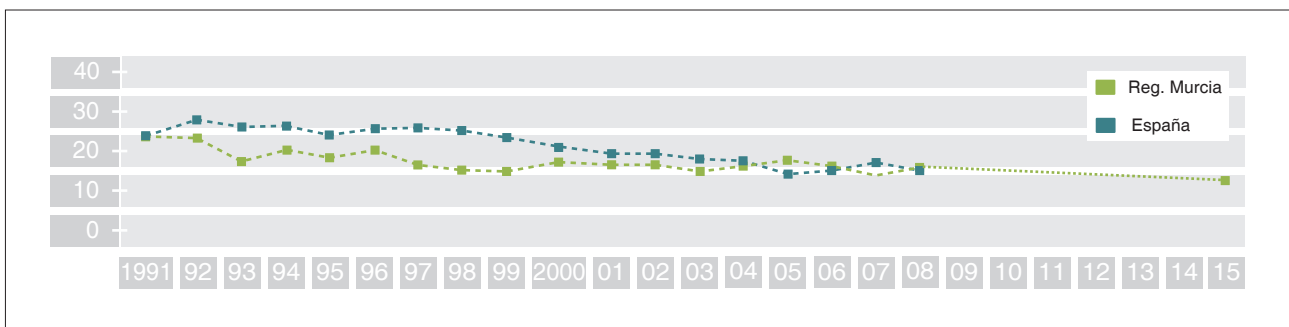
Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

6.3.1.2/ TUBERCULOSIS /

- En el año 2008 la incidencia de la tuberculosis respiratoria fue algo superior a 15/100.000, cifra similar a la media española para ese año, pero superior a la regional de años previos.

OBJETIVO: Situar la incidencia de tuberculosis por debajo de 15/100.000 en 2015.

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS POR 100.000 HAB.



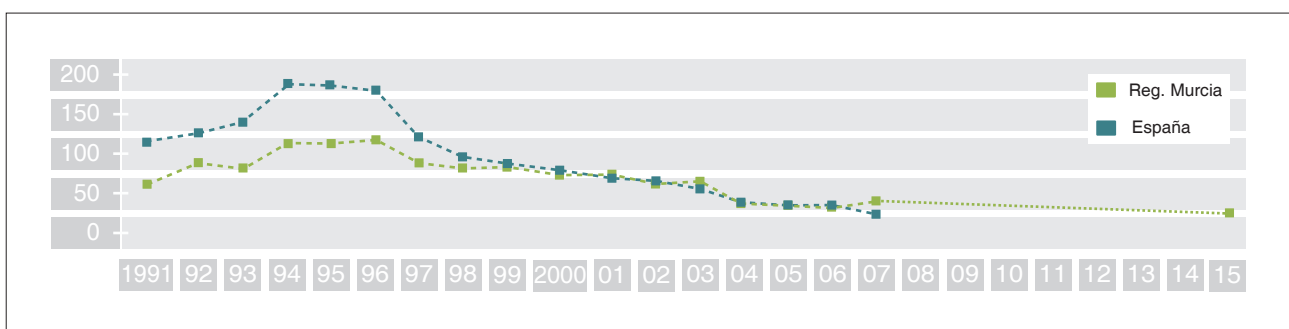
Fuente: Servicio de Epidemiología. Región de Murcia 2009

6.3.1.3/ SIDA /

- El SIDA muestra una tendencia descendente, aunque algo mas lenta que en años previos. En el año 2006 su incidencia fue de 37/1.000.000, un 20% inferior a la media española.

OBJETIVO: Reducir los casos nuevos de SIDA por debajo de 37/1.000.000 en 2015.

INCIDENCIA DE SIDA POR 1.000.000 HAB.



Fuente: Registro de casos de SIDA de la Región de Murcia. Plan Nacional de SIDA 2009

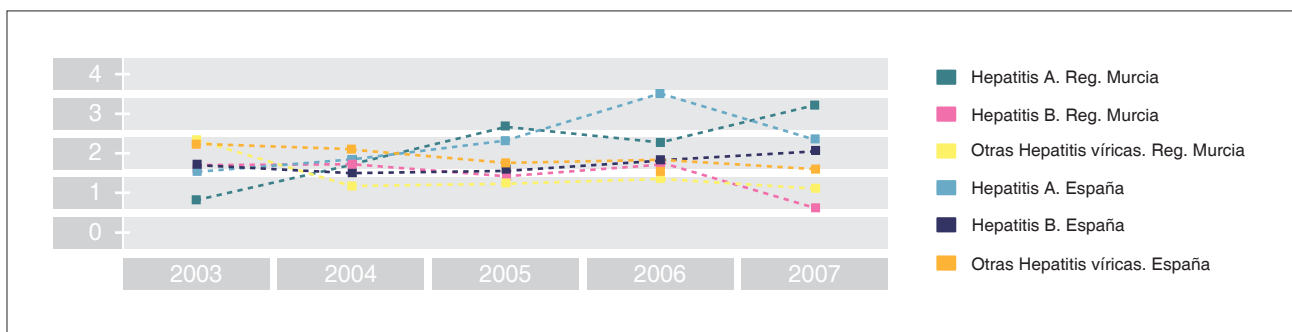
6.3.1.4/ HEPATITIS

✦ Aunque la incidencia de las hepatitis A, B y C no es especialmente preocupante en la Región, son un problema de salud prevenible y tratable.

✦ Las hepatitis B y C constituyen la causa principal de enfermedad hepática crónica, están infranotificadas y una gran proporción de infecciones agudas cursan de forma asintomática, por lo que no se diagnostican de manera temprana.

OBJETIVO: Reducir y mantener respectivamente la incidencia de hepatitis B y C por debajo de 1 caso/100.000 habitantes y reducir la incidencia de hepatitis A por debajo de 2 casos/100.000 habitantes en 2015.

INCIDENCIA DE HEPATITIS VÍRICAS POR 100.000 HAB.



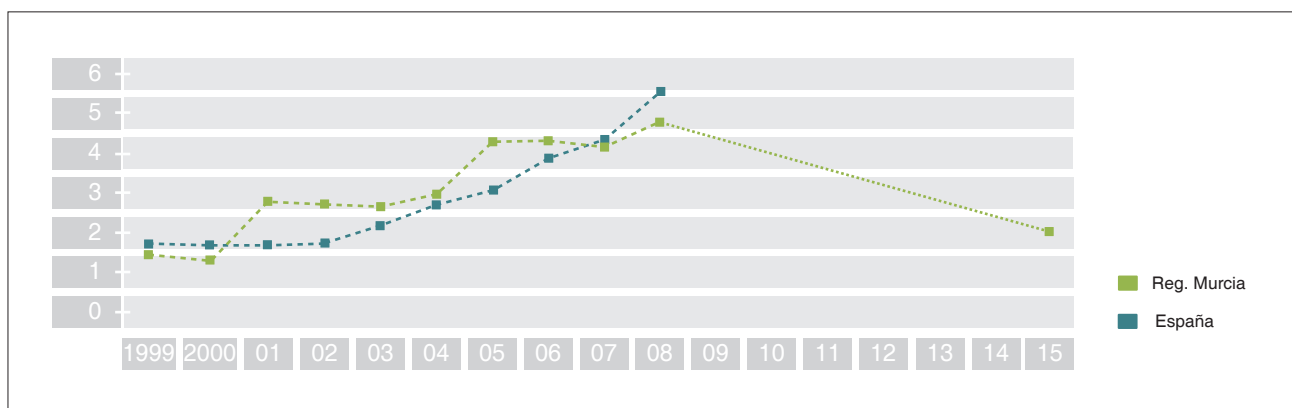
Fuente: Servicio de Epidemiología (Región de Murcia 2009) e incidencia de enfermedades de declaración obligatoria (MSPS 2009)

6.3.1.5/ INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

✦ La incidencia de las enfermedades de transmisión sexual ha presentado una tendencia ascendente en los últimos años, con tasas de 4,2/100.000 para la sífilis y de 3/100.000 para la gonorrea.

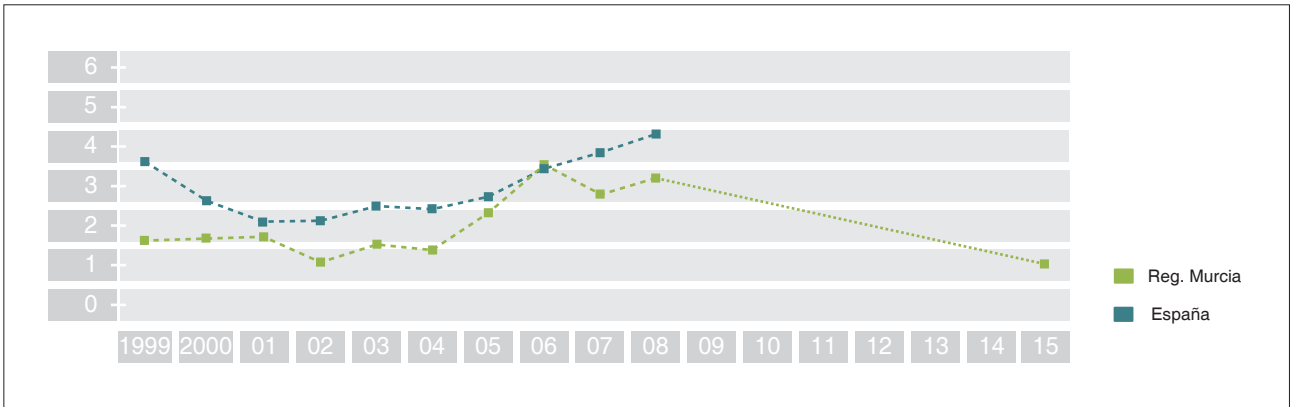
OBJETIVO: Reducir la incidencia de sífilis por debajo de 3 casos declarados/100.000 y la de infección gonocócica por debajo 2 casos declarados/100.000 en 2015.

INCIDENCIA DE SÍFILIS POR 100.000 HAB.



Fuente: Enfermedades de declaración obligatoria. MSPS. 2009

INCIDENCIA DE GONOCÓCICA POR 100.000 HAB.



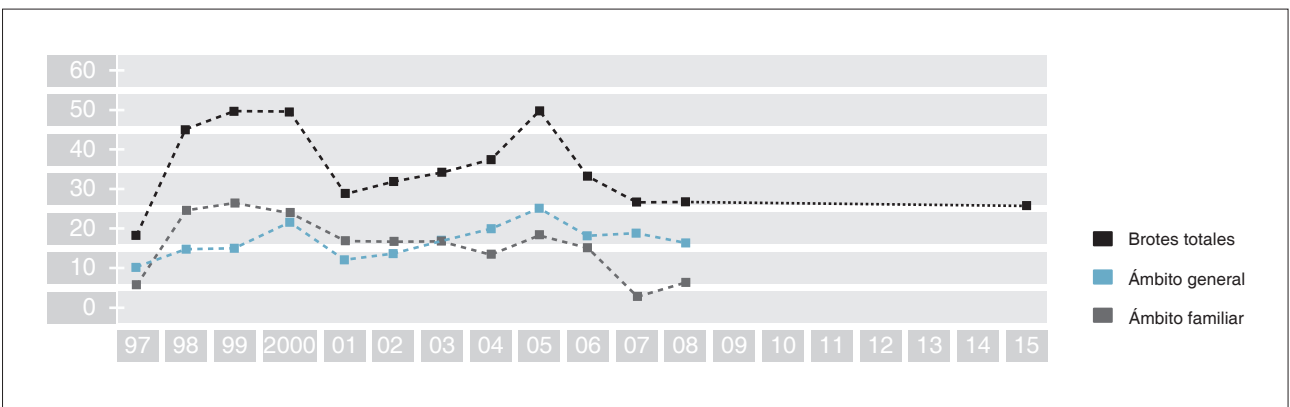
Fuente: Enfermedades de declaración obligatoria. MSPS. 2009

6.3.1.6/ TOXIINFECCIONES ALI- MENTARIAS /

Las toxiinfecciones alimentarias (TIA) muestran una clara tendencia decreciente en los últimos años, con una cifra estabilizada desde el año 2007 de 25 brotes al año.

OBJETIVO: Mantener el número de brotes totales de toxiinfecciones alimentarias en cifras inferiores a 25 en el año 2015.

INFECCIONES E INTOXICACIONES VEHICULIZADAS POR ALIMENTOS. Nº DE BROTES



Fuente: Servicio de Epidemiología. Región de Murcia. 2008

Nota: La suma del número de brotes de TIA de ámbito familiar y general no equivale al número total de brotes, ya que en el total anual de brotes se incluyen los brotes de ámbito desconocido que no están representados de manera independiente

6.3.1.7/ CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA

❖ La tasa de participación en la Región de Murcia en el programa de cribado de cáncer de mama se sitúa en el 72,8 % lo que puede interpretarse como un buen resultado en comparación con otras series publicadas.

OBJETIVO: Incrementar la participación en el programa de cribado de cáncer de mama por encima del 75% en 2015.

INDICADORES DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA

	Región de Murcia	España
Participación (2005-2006)	72,8%	-
Realización mamografías (2006)	76,4%	74,2%

Fuente: Programa de cribado de cáncer. Consejería de Sanidad 2008. Encuesta Nacional de Salud. INE 2006

6.3.1.8/ CRIBADO DE CÁNCER DE COLON

❖ La Región de Murcia ha liderado en España la puesta en marcha del cribado de cáncer de colon en la población, inicialmente como proyecto de investigación y, una vez demostrado su equilibrio coste efectividad, como programa poblacional.

❖ Se han detectado 39,7 adenomas de alto riesgo/1000 participantes y 3,4 de cánceres invasivos/1000 participantes.

OBJETIVO:

❖ Universalizar el programa de cribado del cáncer de colon en 2012.

❖ Incrementar la participación en el programa de cribado de cáncer de colon por encima del 60% en 2015.

PROGRAMA PILOTO PARA LA DETECCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL:

	Región de Murcia
Participación	42,3 %
Población objetivo con SOH positiva	9,5 %
Positivos que aceptan colonoscopías	96,3%
Detección de personas con adenomas de alto riesgo	39,7/1.000 participantes
Tasa de detección de cánceres invasivos	3,4/1.000 participantes

Fuente: Programa de cribado de cáncer. Consejería de Sanidad 2008

6.3.2/ ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA LA PROTECCIÓN COLECTIVA DE LA SALUD

6.3.2.1/ PROPORCIONAR SEGURIDAD ANTE LOS RIESGOS PARA LA SALUD COLECTIVA

Justificación y condicionantes

❖ A pesar de los enormes avances alcanzados en los mecanismos de la protección colectiva de la salud, ésta sigue siendo un área de especial atención por la alta rentabilidad y efectividad de las intervenciones realizadas en los últimos años. La Región de Murcia ha sido especialmente sensible al refuerzo de la salud pública para mejorar el nivel de salud de la población. Como ejemplo de ello, tenemos su liderazgo en las tasas de vacunación en el conjunto de España.

❖ Sin embargo, es imprescindible mantener este esfuerzo para anticiparse en la detección de problemas y amenazas que puedan poner en riesgo la salud de la población. Además, conviene incorporar nuevas iniciativas, especialmente las relacionadas con los riesgos ambientales y con los productos químicos presentes en los objetos de uso cotidiano.

Propósito

- ❖ Proteger la salud de la población actuando sobre aquellos condicionantes que puedan suponer un riesgo colectivo, promoviendo actuaciones de protección, así como de prevención individual y colectiva.
- ❖ Mejorar la monitorización de enfermedades transmisibles y/o agentes infecciosos circulantes.
- ❖ Vigilar, controlar y reducir los riesgos para la salud de la población derivados de los alimentos y el medio ambiente de la Región de Murcia.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedades infecciosas incorporadas en la línea de actuación de Estilos de Vida.					
Mantener la cobertura del programa de vacunación infantil.	Prevención		Sanidad	2009	2015
Reforzar los programas de vacunación de adultos y de personal sanitario.	Prevención		Sanidad Servicio Murciano de Salud	2009	2015
Encuesta seroepidemiológica poblacional de la Región de Murcia con estudios de posibles bolsas de mal vacunados.	Prevención		Sanidad Servicio Murciano de Salud	2013	2014
Evaluación del cumplimiento de la inmunoprofilaxis de la hepatitis B en recién nacido de madre HBs positiva.	Prevención		Sanidad Servicio Murciano de Salud	2011	2011
Control de los Compuestos Orgánicos Persistentes (COP) y sustancias clasificadas como cancerígenos posibles y/o probables por la IARC (International Agency Recherche of Cancer) en los alimentos.	Seguridad Alimentaria. Prevención		Sanidad Medio Ambiente	2010	2015
Implantar del Programa Especifico de Control Oficial de Alimentos y de las Zoonosis 2009 – 2015.	Seguridad Alimentaria. Prevención	Nuevos Sistemas de Información y Control.	Sanidad	2009	2015
Consolidar los Programas de Salmonella y E. coli en alimentos y desarrollar uno específico para Campylobacter.	Seguridad Alimentaria. Zoonosis		Sanidad Agricultura Medio Ambiente	2010	2015
Establecer un sistema de vigilancia sanitaria de riesgos ambientales.	Sanidad Ambiental. Prevención	Recursos Humanos y materiales	Sanidad	2010	2011
Promover actividades para desarrollar el autocontrol basado en APPCC (análisis de peligros y puntos de control críticos) en establecimientos minoristas de alimentación, implantando auditorias como sistema de vigilancia.	Seguridad Alimentaria.		Sanidad y Ayuntamientos	2010	2015

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
Realización de la encuesta seroepidemiológica poblacional.			Inicio	Fin
Evaluación de cumplimiento de la inmunoprofilaxis de hepatis B.		Realizada		
% de centros integrados en el Sistema de vigilancia sobre riesgos ambientales.		Aprobado	50%	100%
% de establecimientos minoristas de alimentación con autocontrol basado en APPCC implantado.	10	15	20	25

6.3.2.2/ SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD PÚBLICA /

Justificación y condicionantes

- ❖ Los sistemas de información se configuran en la actualidad como un aliado imprescindible para el refuerzo de la salud pública, tanto en su capacidad de apoyo para la identificación de riesgos y problemas que puedan afectar a la salud colectiva como en las oportunidades que ofrecen como vehículo de comunicación de incidencias o alerta sanitaria.
- ❖ Uno de los objetivos en información en Salud Pública es la monitorización y vigilancia del estado de salud de la población a través de la ejecución de encuestas periódicas a muestras representativas de la misma. A diferencia de otras encuestas de ámbito estatal, más centradas en la utilización de servicios sanitarios, el rasgo diferencial y que añade valor es la combinación de una entrevista por cuestionario con la exploración física, que permite medir directamente la tensión arterial o la antropometría, severamente infravaloradas si se indagan sólo por entrevista, y las medidas bioquímicas, clásicamente las fracciones lipídicas pero con potencial para determinar otro tipo de marcadores (contaminación ambiental, etc.). Estos indicadores son además la base para introducir objetivos en planes y programas de salud.
- ❖ Especial mención requiere la información microbiológica. Si bien la totalidad de los laboratorios de microbiología de la Región disponen de aplicaciones informáticas que registran y catalogan toda la información referida a cultivos de microorganismos y a estudios serológicos, esta información tiene fundamentalmente una utilidad individual para la atención a un determinado paciente. Hasta el momento, la única utilización colectiva de esta información es para identificar el perfil microbiológico del hospital, y en su caso la política a desarrollar en la utilización de los antibióticos. El aprovechamiento de esta información para la elaboración del perfil microbiológico de la Región permite definir en tiempo real y con mayor precisión los problemas que generan las enfermedades infecciosas y relacionar estos resultados con otras fuentes de información de salud pública que pueden representar un destacado avance en el manejo de estas enfermedades, tanto desde la perspectiva de la salud pública como de la asistencia sanitaria.
- ❖ Es necesario integrar los sistemas de información que en la actualidad están apoyando a la salud pública. Existen en la actualidad excelentes fuentes de información que funcionan de manera sistematizada; entre ellas el registro de mortalidad, el CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos), el Registro de Tumores, información clínica contenida en la Historia Clínica electrónica tanto de primaria como de especializada, indicadores

clave de la Región, Enfermedades de Declaración Obligatoria, enfermedades profesionales y siniestralidad laboral, etc. Estas fuentes de información no están integradas, no comparten ni transfieren información. El aislamiento de todos estos subsistemas impide aprovechar las oportunidades para reducir la laboriosidad y mejorar la calidad de los datos registrados y, sobre todo, entrar en un nuevo entorno de oportunidades en la explotación de informaciones de utilidad, tanto para la salud pública, como para conocer la efectividad de las intervenciones del sistema sanitario.

Propósito

- ❖ Realización de una encuesta sobre factores de riesgo de enfermedades crónicas a una muestra representativa de población adulta de la Región de Murcia en 2012.
- ❖ Implantar un Sistema de Información Microbiológico de ámbito regional para aportar la información sobre patologías infecciosas confirmadas por el laboratorio a la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles (Real Decreto 2210/1995 de 28 de diciembre).
- ❖ Integrar los sistemas de información y reforzar los mecanismos de alerta sanitaria.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Reforzar el Comité Regional de Sistemas de Información como órgano coordinador de la integración de la información sanitaria y de la explotación de la misma para facilitar y mejorar las actividades de salud pública y las asistenciales.	Sistemas de información		Sanidad SMS	2009	2015
Integrar los sistemas de información asistenciales con los de salud pública permitiendo el intercambio el acceso y la actualización de información.	Sistemas de información	Desarrollo del sistema de integración	Sanidad SMS	2009	2015
Realización de una encuesta sobre factores de riesgo de enfermedades crónicas a una muestra representativa de población adulta de la Región de Murcia	Sistemas de información	Recursos humanos y materiales	Sanidad SMS	2011	2014
Desarrollar una aplicación informática ad hoc que permita incorporar semanalmente la información microbiológica necesaria de los laboratorios de diagnóstico microbiológico y diseñar, implementar y gestionar el Sistema de Información Microbiológica (SIM) de la Región.	Sistemas de Información	Desarrollo y Equipos informáticos	Sanidad SMS	2009	2011
Desarrollar una aplicación informática orientada a la Integración de los sistemas de información clave del sistema sanitario asociada a un sistema de explotación de indicadores que permita tanto el control y la vigilancia sanitaria como la planificación, evaluación y mejora del sistema sanitario en su conjunto.	Sistemas de Información	Desarrollo de aplicación	Sanidad SMS	2011	2013

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
Tasa de respuesta a la encuesta: nº entrevistados/nº elegibles.			70%	
% de hospitales con laboratorio de diagnóstico microbiológico incorporados al Sistema de Información Microbiológico Regional.		50%	100%	
Disponibilidad de aplicación informática para la Integración de los sistemas de información clave.		Diseño	Inicio implantación	100%

6.4/ OBJETIVOS E INTERVENCIO- NES SOBRE EN- FERMEDADES RELEVANTES /

El propósito de esta área de actuación es intervenir sobre aquellas situaciones de pérdida de salud que en mayor medida limitan el alcance del objetivo fundamental de este Plan de Salud, “vivir más años con buena salud”. Para ello, se incidirá sobre aquellas enfermedades que ocasionan más años potenciales de vida perdidos y que disponen de medidas de intervención para evitar esa pérdida de vida. Sobre este criterio general, se añaden aquellas patologías que generan discapacidad y reducción de la calidad de vida o de la percepción del buen estado de salud en la población.

La tabla siguiente incorpora la tasa de años potenciales de vida perdidos (APVP) por capítulo de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en la Región de Murcia durante 2006. Se observa una concentración de los APVP en tres causas fundamentales: tumores, sistema circulatorio (incluye enfermedad cardio y cerebrovascular) y causas externas (fundamentalmente siniestralidad de tráfico). Con menor impacto en APVP, les siguen las enfermedades digestivas, infecciosas y respiratorias. La otra tabla incorpora los 20 principales motivos de APVP por causas seleccionadas. En este abanico de causas adquieren protagonismo diversas localizaciones de cáncer, los accidentes de tráfico, el suicidio, la enfermedad isquémica del corazón y el infarto agudo de miocardio, la cirrosis y enfermedad hepática crónica, los ahogamientos y el envenenamiento accidental o por abuso de fármacos y drogas. De esta manera, teniendo en cuenta los APVP se hará una actuación preferente sobre patologías oncológicas, cardiovasculares, mentales, respiratorias e infecciosas.

De forma complementaria, las patologías que más afectan la percepción del estado de salud en la población de la Región (ver tablas), según valores de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) son la diabetes mellitus, las enfermedades del corazón así como las respiratorias (asma, bronquitis y enfisema), la depresión, los tumores malignos y las enfermedades musculoesqueléticas.

Por último, se ha dado un tratamiento destacado a las enfermedades raras. Si bien, cada una de ellas tratadas individualmente tienen poco impacto poblacional, en conjunto generan una importante carga de enfermedad y discapacidad, lo que requiere un tratamiento específico por el sistema sanitario para evitar que queden olvidadas.

En cualquier caso los contenidos de este epígrafe incluyen medidas de prevención secundaria y terciaria de los problemas de salud, cuyo abordaje integral se complementa con las medidas de prevención primaria recogidas en otros apartados de este documento, fundamentalmente los que hacen referencia a los estilos de vida, el entorno y de protección colectiva de la salud.

AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR SEXO Y CAPÍTULOS (CIE 10). REGIÓN DE MURCIA, 2006

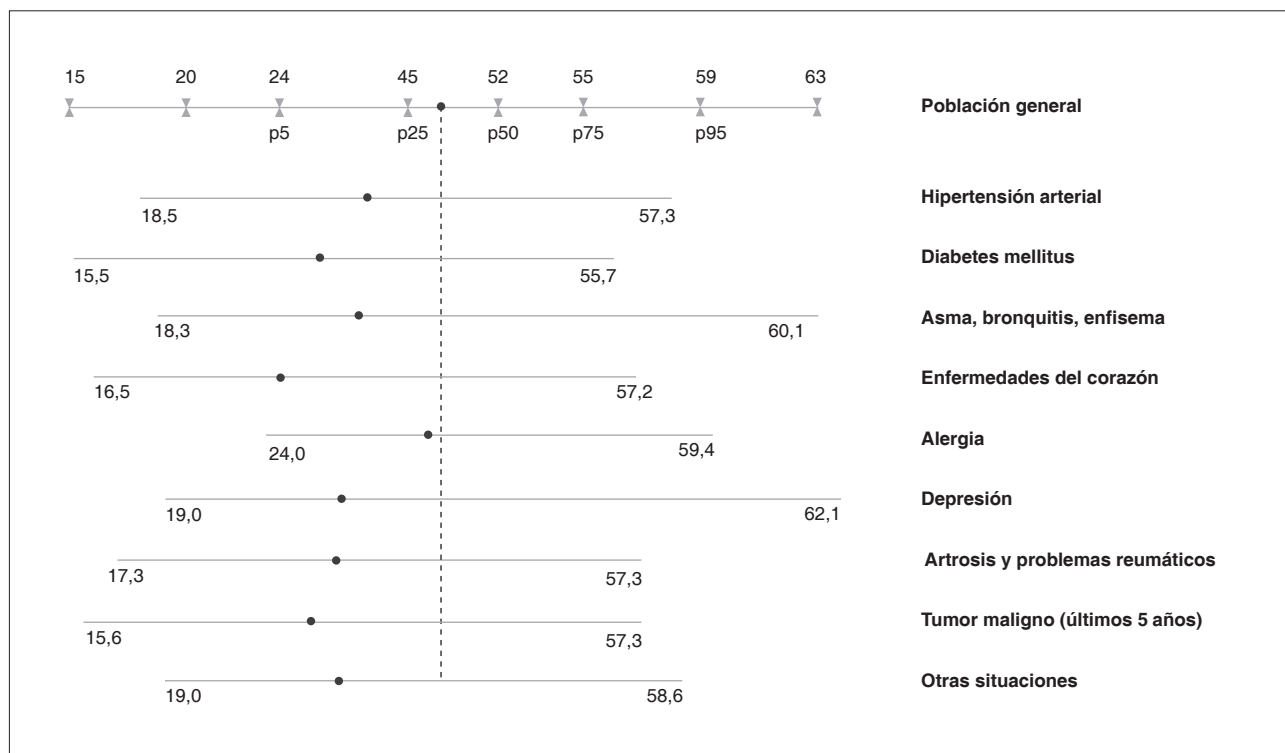
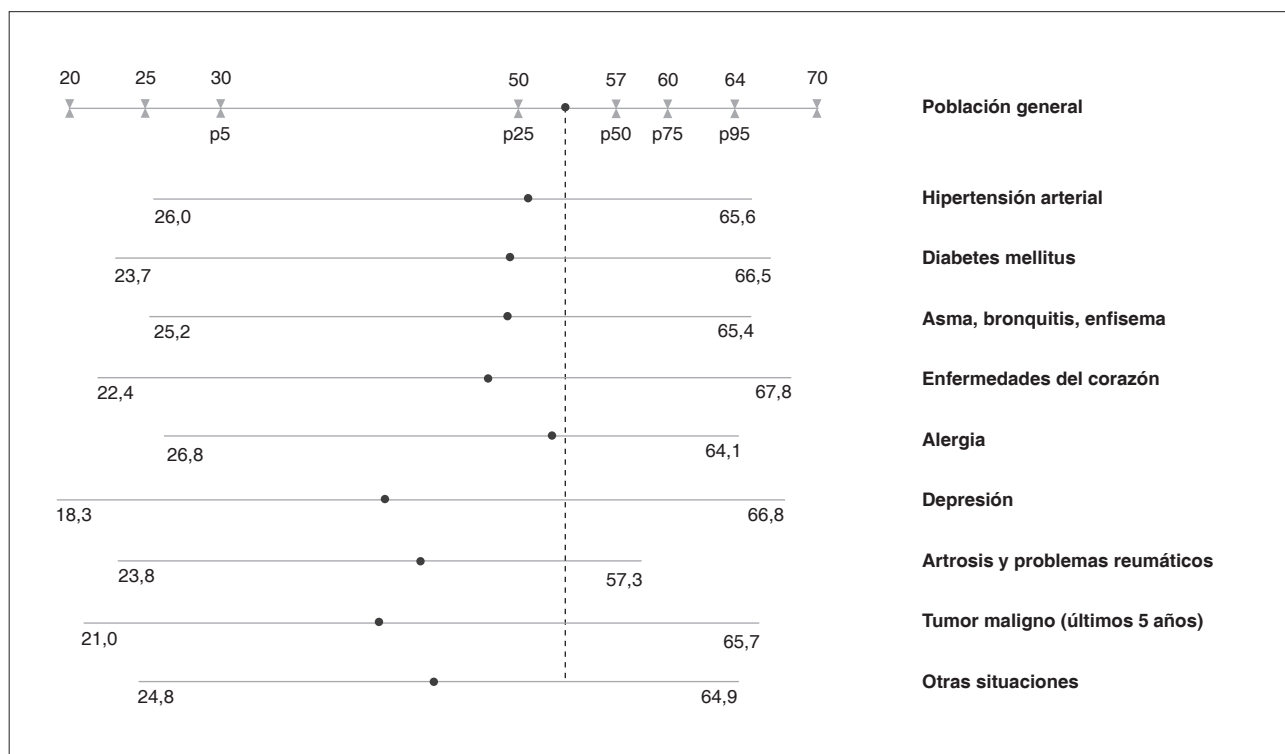
	AMBOS SEXOS			HOMBRES			MUJERES		
	APVP	%	Media	APVP	%	Media	APVP	%	Media
Total	36.647	100	16	26.848	73	16	9.800	27	15
I. Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	12.029	33	13	7.072	19	12	4.957	14	15
II. Neoplasias	12.029	33	13	7.072	19	12	4.957	14	15
III. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos e inmunidad	147	0	25	32	0	11	116	0	39
IV. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	603	2	11	413	1	11	190	1	13
V. Trastornos mentales y del comportamiento	247	1	15	215	1	20	33	0	7
VI. Enfermedades del sistema nervioso	1.052	3	21	633	2	22	419	1	19
IX. Enfermedades del sistema circulatorio	5.911	16	12	4.716	13	12	1.195	3	10
X. Enfermedades del sistema respiratorio	1.242	3	10	978	3	11	264	1	9
XII. Enfermedades del sistema digestivo	2.239	6	14	1.812	5	14	427	1	13
XIII. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	12	0	12				12	0	12
XIV. Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	68	0	8	44	0	9	24	0	6
XV. Enfermedades del sistema genitourinario	379	1	11	136	0	8	243	1	15
XVI. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	35	0	35	35	0	35			
VIII. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	406	1	41	144	0	48	263	1	38
XVIII. Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	256	1	17	238	1	20	18	0	6
XX. Causas externas	10.028	27	30	8.948	24	31	1.080	3	23

Fuente: Consejería de Sanidad de la Región de Murcia Mortalidad. 2006

AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR SEXO Y CAPÍTULOS (CIE 10). REGIÓN DE MURCIA, 2006

	AMBOS SEXOS			HOMBRES			MUJERES		
	APVP	% APVP	Media (APVP)	APVP	% (APVP)	Media (APVP)	APVP	% (APVP)	Media (APVP)
29. Neoplasias malignas	11.733	32	13	6.954	19	12	4.779	13	15
66. Accidentes de tráfico de vehículos a motor	4.801	13	32	4.363	12	34	438	1	22
71. Suicidio y lesiones autoinfligidas	2.662	7	28	2.283	6	29	379	1	24
40. Enfermedades isquémicas del corazón	2.469	7	11	2.132	6	12	337	1	8
16. Neoplasia maligna de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	2.425	7	10	2.111	6	10	314	1	13
39. Infarto agudo de miocardio	1.630	4	12	1.417	4	13	214	1	9
19. Neoplasia maligna de la mama	1.233	3	16	21	0	21	1.213	3	16
52. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	1.190	3	14	1.047	3	14	143	0	12
42. Enfermedades cerebrovasculares	1.177	3	11	780	2	10	398	1	11
6. SIDA	1.048	3	29	862	2	28	187	1	37
10. Neoplasia maligna del colon	951	3	12	534	1	12	417	1	13
27. Leucemias	619	2	21	332	1	17	287	1	29
68. Ahogamiento, sumersión y sofocación	595	2	30	474	1	26	121	0	61
14. Neoplasia maligna del páncreas	551	2	12	422	1	14	129	0	8
24. Neoplasia maligna del encéfalo	487	1	17	298	1	16	190	1	21
20. Neoplasias malignas del útero	448	1	15				448	1	15
70. Envenenamiento accidental por fármacos y drogas de abuso	440	1	34	414	1	35	26	0	26
11. Neoplasia maligna del recto, de la porción rectosigmoide y del ano	396	1	10	202	1	9	195	1	13
9. Neoplasia maligna del estómago	394	1	12	231	1	12	164	0	11
4. Septicemia	369	1	17	190	1	15	180	0	20

Fuente: Consejería de Sanidad de la Región de Murcia Mortalidad. 2006

ÍNDICE DE SALUD FÍSICO: PERCENTILES (X) Y VALORES MEDIOS (•) DE LA POBLACIÓN GENERAL SEGÚN PATOLOGÍAS CRÓNICAS RELEVANTES. REGIÓN DE MURCIA

ÍNDICE DE SALUD MENTAL: PERCENTILES (X) Y VALORES MEDIOS (•) DE LA POBLACIÓN GENERAL SEGÚN PATOLOGÍAS CRÓNICAS RELEVANTES. REGIÓN DE MURCIA


Fuente: Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en población general de la Región de Murcia. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo 2008

Nota: Resultados de la aplicación del cuestionario de calidad de vida SF-12v2 (a menor valor numérico, peor CVRS)

OBJETIVOS

- ❖ Reducir la mortalidad prematura por cáncer.
- ❖ Reducir la incidencia de cáncer de mama, pulmón y colon.
- ❖ Reducir la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón.
- ❖ Reducir la tasa de hospitalización por Infarto Agudo de Miocardio.
- ❖ Reducir la mortalidad prematura por enfermedad cerebrovascular.
- ❖ Reducir la mortalidad por suicidio.
- ❖ Reducir la mortalidad prematura por diabetes mellitus.
- ❖ Reducir la mortalidad por EPOC.
- ❖ Reducir la mortalidad por neumonía y gripe.
- ❖ Reducir la mortalidad por enfermedad crónica del hígado.

INTERVENCIONES:

- ❖ Cáncer.
- ❖ Enfermedad cardíaca y cerebrovascular.
- ❖ Salud mental.
- ❖ Diabetes mellitus.
- ❖ Enfermedades respiratorias crónicas.
- ❖ Enfermedades infecciosas.
- ❖ Demencias.
- ❖ Enfermedades raras.
- ❖ Dolor crónico por enfermedades musculoesqueléticas.

Promover una asistencia sanitaria integrada y reforzar los abordajes transversales de las patologías crónicas mejorando la práctica clínica en base a la cooperación de todos los dispositivos sanitarios, a la continuidad de los cuidados y a la reducción de la variabilidad clínica.

Área de Impacto

Ámbitos de Actuación

Continuidad

Accesibilidad

Resolutividad

Implicación

Seguridad

Efectividad

PERSONAS CON PROBLEMA DE SALUD

Modelo de gestión

Profesionales

Eficiencia

SISTEMA SANITARIO

Tipo de Intervención

SOCIEDAD

PERSONAS CON PROBLEMA DE SALUD

- Modelo de Atención.
- Coordinación niveles.
- Sistema de gestión.
- Sistema de Información.
- Tecnología.
- Práctica clínica.
- Evaluación de resultados.
- Sistema de información/comunicación.
- Cultura y sistemas de seguridad clínica.
- Evaluación de resultados.
- Sistemas de información.
- Rehabilitación.

- Prevención
- Tratamiento
- Rehabilitación
- Cuidados paliativos

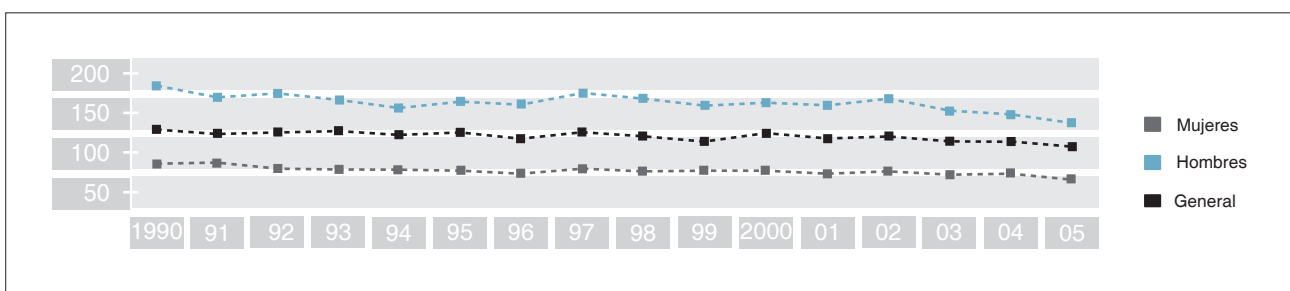
6.4.1/ OBJETIVOS SOBRE ENFERMEDADES RELEVANTES /

6.4.1.1/ MORTALIDAD POR CÁNCER /

❖ La tasa ajustada por edad de la mortalidad prematura por cáncer, de la Región en el 2006, fue de 143 por cada 100.000 habitantes de menos de 75 años en hombres (por debajo de la media española en hombres) y de 70 en mujeres (similar al valor medio español en mujeres).

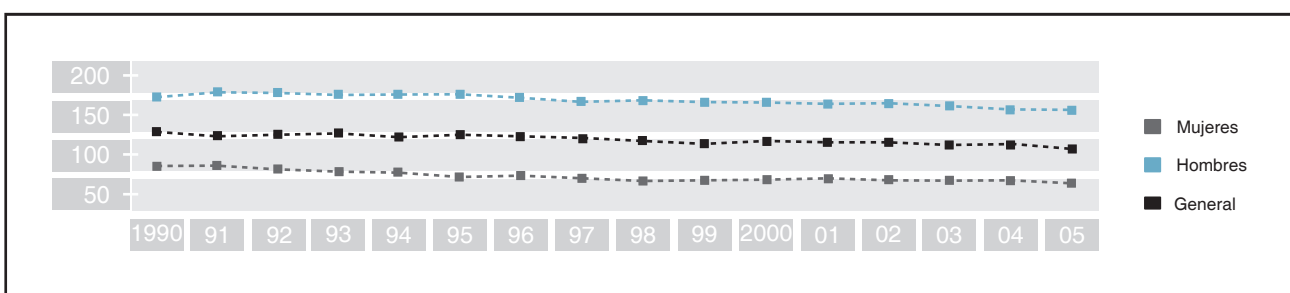
❖ Esta mortalidad muestra una discreta pero continua tendencia decreciente especialmente en los últimos 5 años.

MORTALIDAD PREMATURA POR CÁNCER POR 100.000 HAB. MENORES DE 75 AÑOS. REGIÓN DE MURCIA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

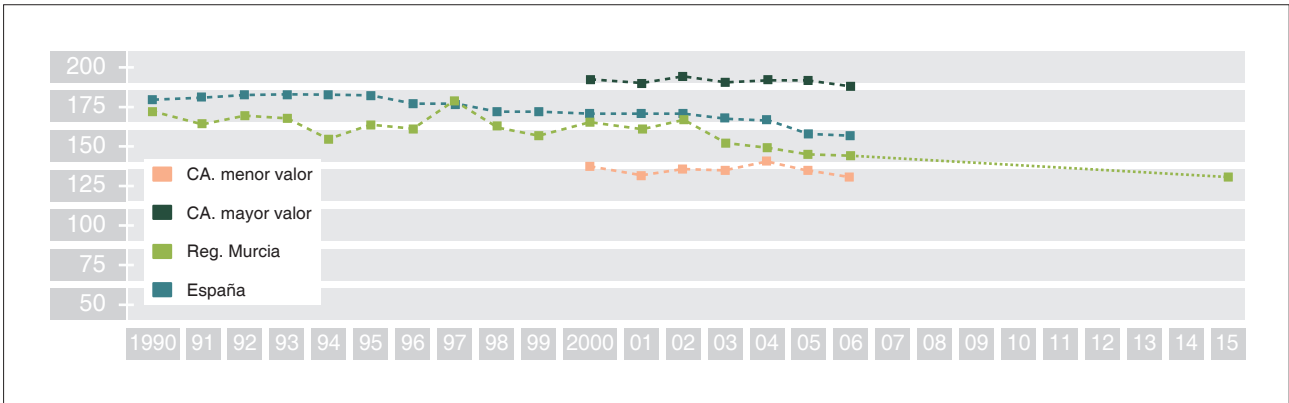
MORTALIDAD PREMATURA POR CÁNCER POR 100.000 HAB. MENORES DE 75 AÑOS. ESPAÑA



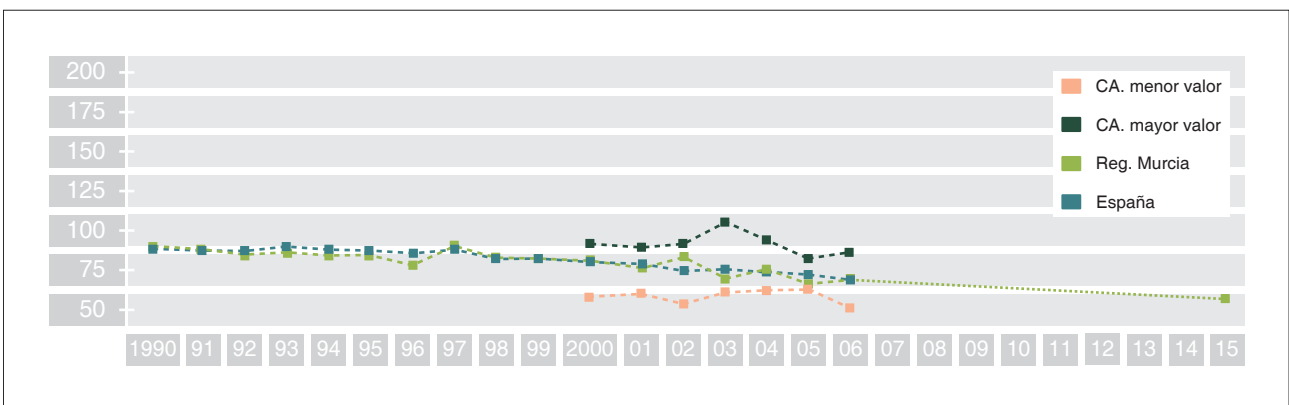
Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

OBJETIVO: Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad prematura por cáncer en hombres menores de 75 años por debajo de 130/100.000 en 2015.

MORTALIDAD PREMATURA POR CÁNCER POR 100.000 HAB. MENORES DE 75 AÑOS. HOMBRES

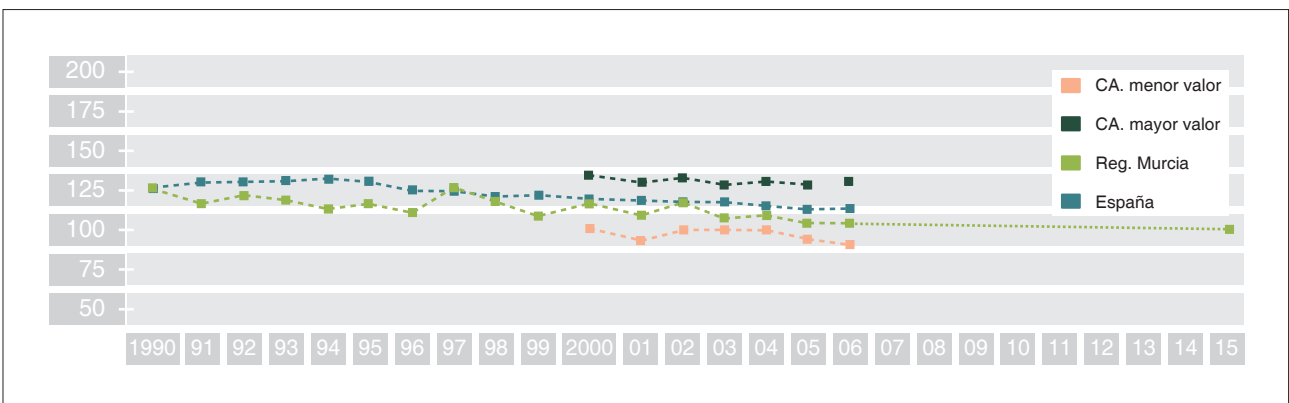


MORTALIDAD PREMATURA POR CÁNCER POR 100.000 HAB. MENORES DE 75 AÑOS. MUJERES



OBJETIVO: Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad prematura por cáncer en población de ambos sexos menores de 75 años por debajo de 100/100.000 en 2015.

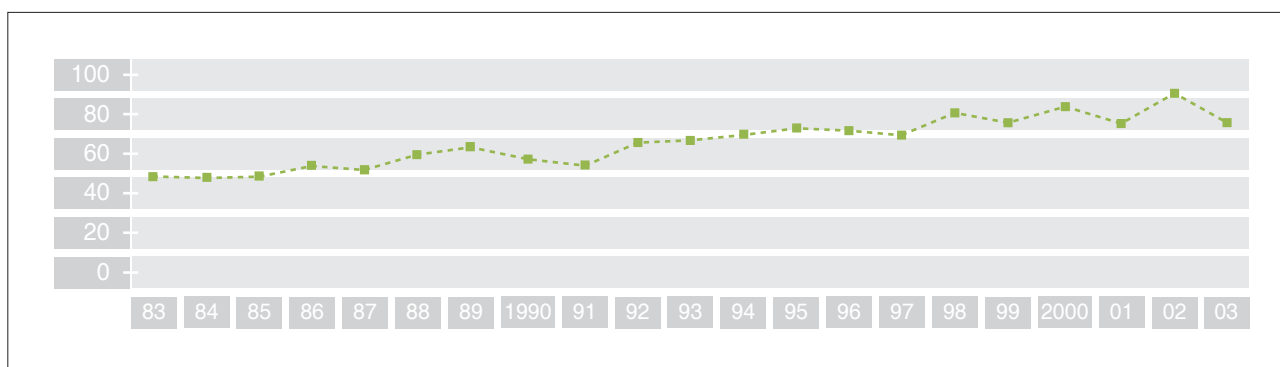
MORTALIDAD PREMATURA POR CÁNCER POR 100.000 HAB. MENORES DE 75 AÑOS. AMBOS SEXOS



6.4.1.2/ INCIDENCIA DEL CÁNCER DE MAMA /

❖ La incidencia de cáncer de mama ajustada por edad se sitúa en 80 /100.000 mujeres, con una tendencia ascendente que se ha estabilizado en los últimos 5 años. Probablemente esta curva esté influenciada por la implantación del programa de cribado poblacional, que induce un incremento temporal de la incidencia seguida de una posterior meseta.

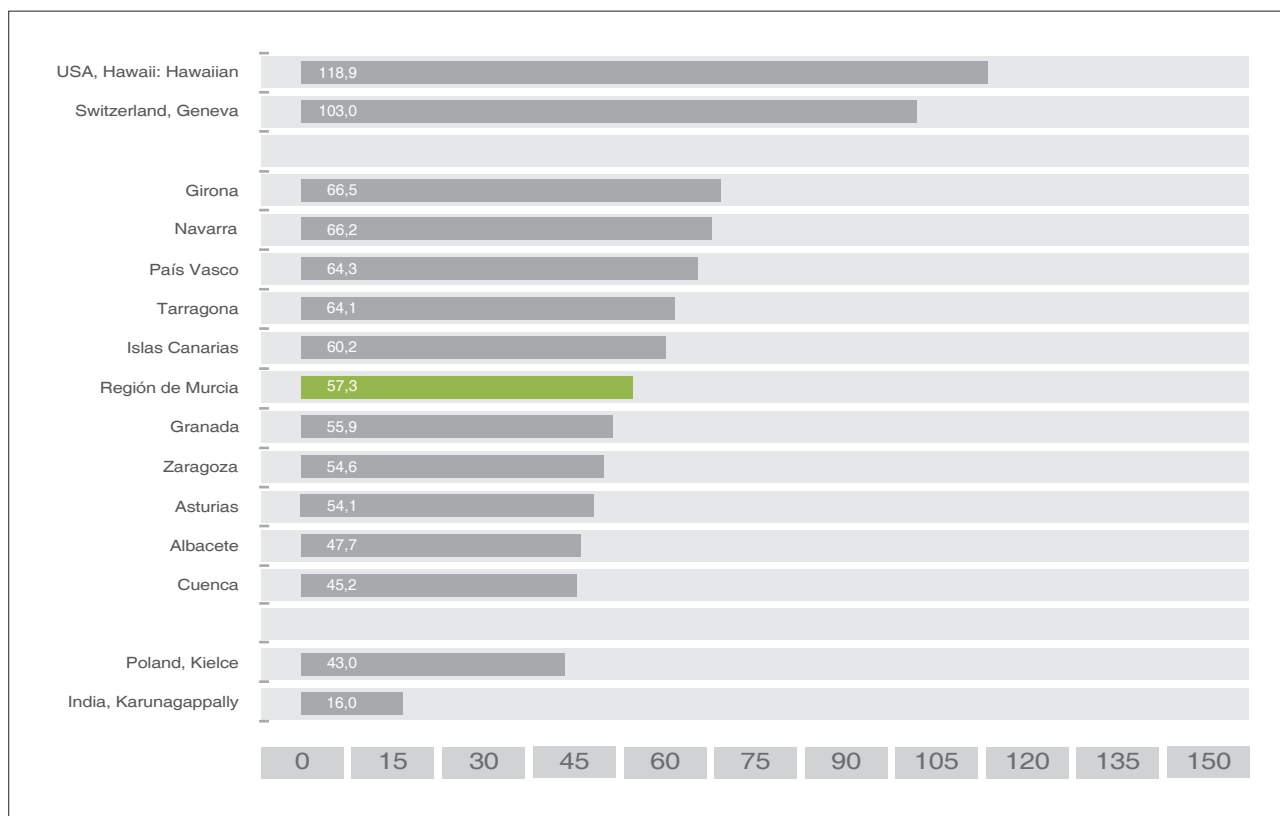
TASA DE INCIDENCIA ANUAL POR 100.000 MUJERES AJUSTADAS A LA POBLACIÓN EUROPEA ESTÁNDAR POR AÑO. CÁNCER DE MAMA. REGIÓN DE MURCIA 1983-2003



Fuente: Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Consumo 2009

OBJETIVO: Reducir la incidencia de cáncer de mama ajustada por edad en mujeres por debajo de 75/100.000 en 2015.

INCIDENCIA AJUSTADA POR EDAD (POBLACIÓN MUNDIAL) POR 100.000 HABITANTES. CÁNCER DE MAMA. MUJERES. AÑOS 1997-2001

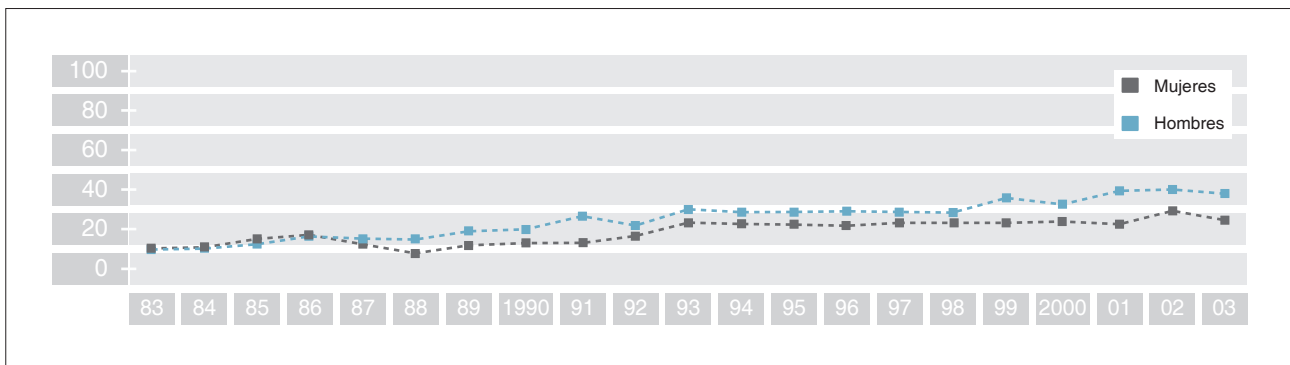


Fuente: CIFIC Vol IX; Elaboración: Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Consumo 2009

6.4.1.3/ INCIDENCIA DEL CÁNCER DE COLON Y RECTO /

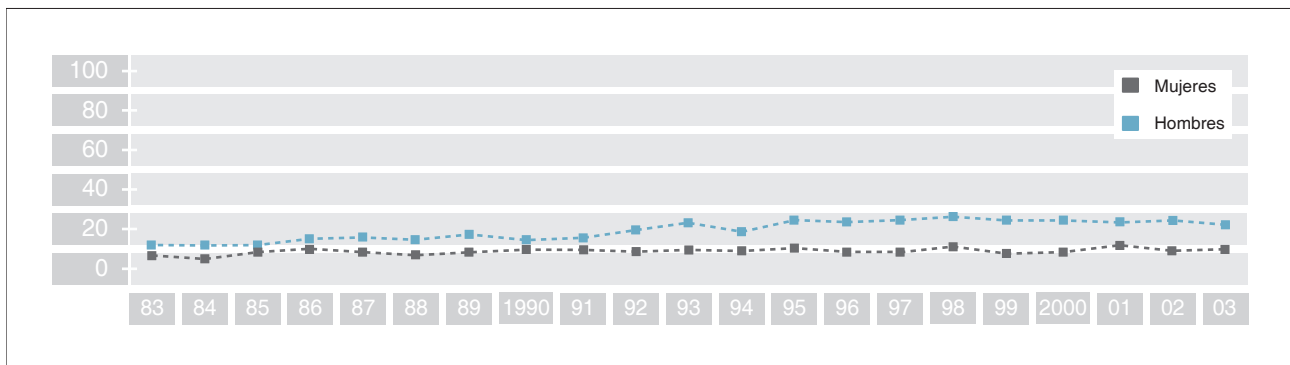
❖ La incidencia de cáncer colorrectal ajustada por edad se sitúa en 60/100.000 entre los hombres y 35/100.000 en las mujeres, con una discreta tendencia creciente que podrá verse incrementada con la implantación del programa de cribado poblacional en la Región.

TASA DE INCIDENCIA ANUAL POR 100.000 HABITANTES AJUSTADA A LA POBLACIÓN EUROPEA ESTÁNDAR POR AÑO Y SEXO. CÁNCER DE COLON. REGIÓN DE MURCIA 1983-2003



Fuente: Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Consumo 2009

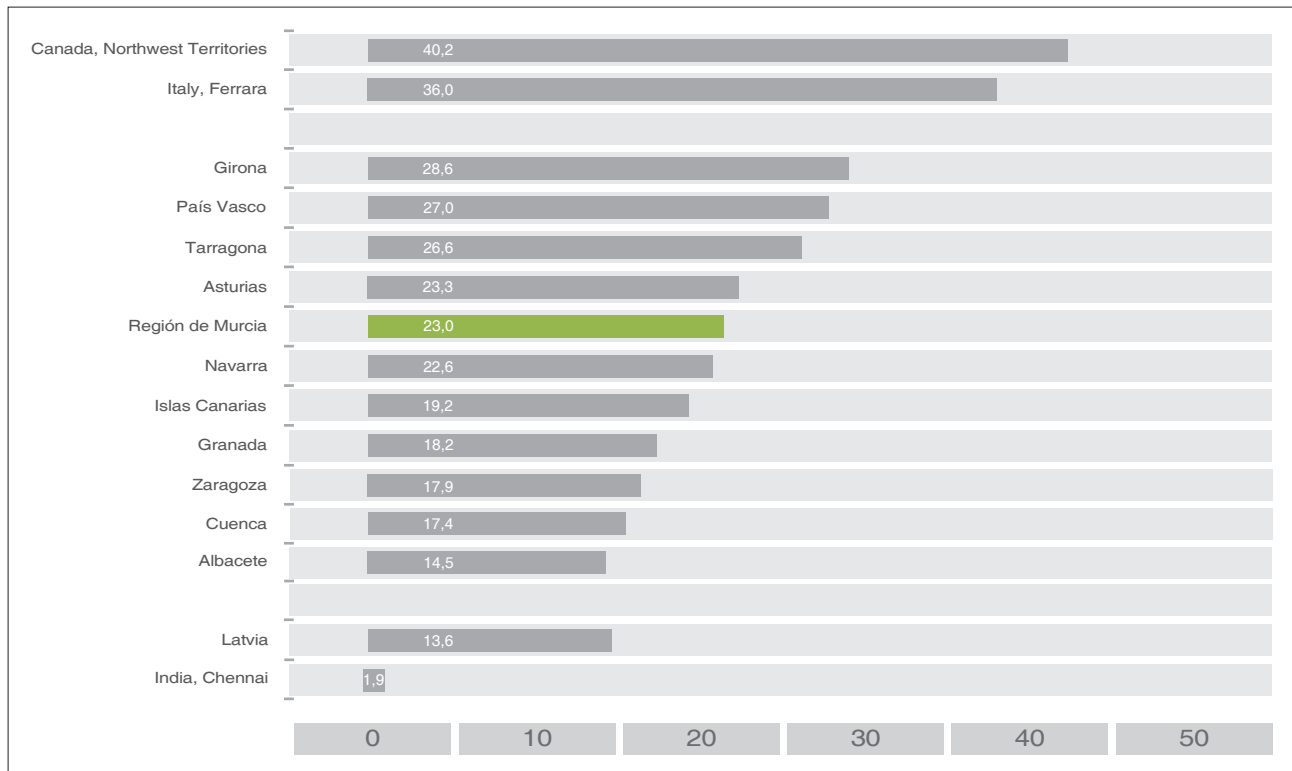
TASA DE INCIDENCIA ANUAL POR 100.000 HABITANTES AJUSTADA A LA POBLACIÓN EUROPEA ESTÁNDAR POR AÑO Y SEXO. CÁNCER DE RECTO. REGIÓN DE MURCIA 1983-2003



Fuente: Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Consumo 2009

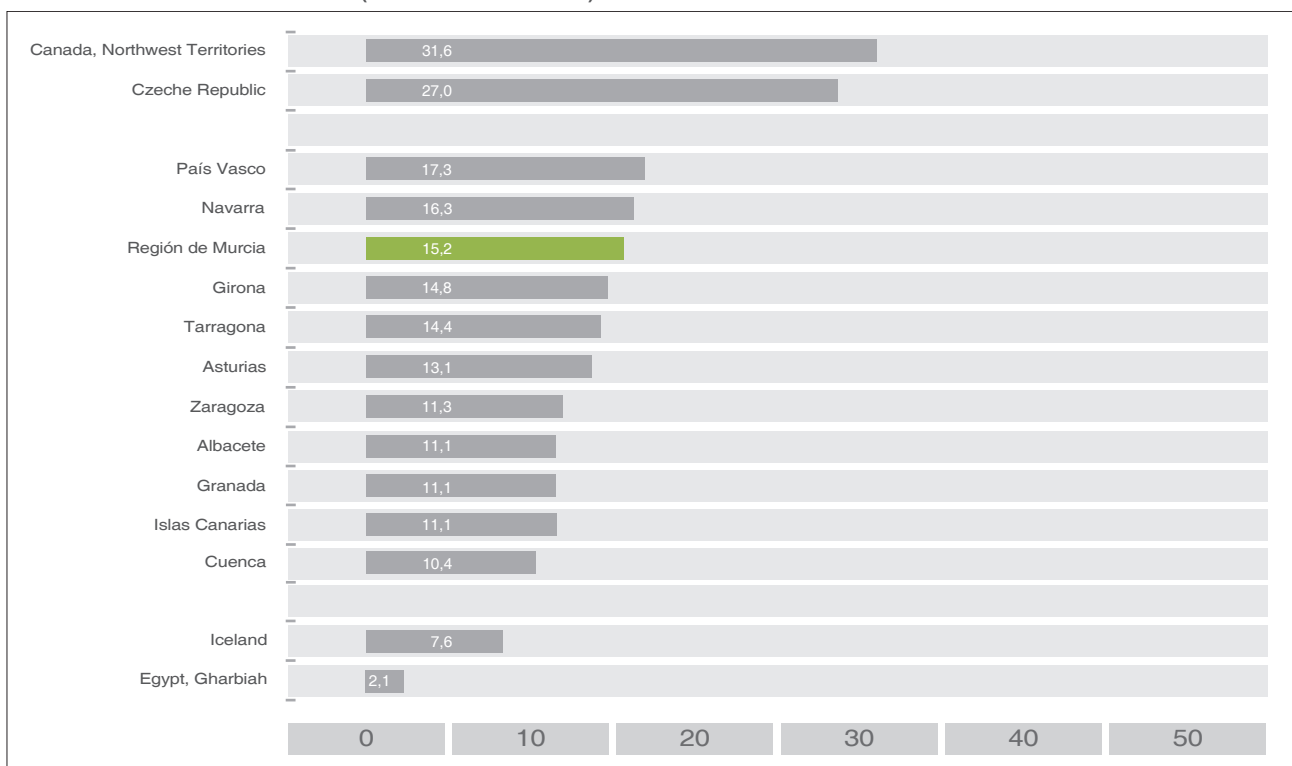
OBJETIVO: Reducir entre los hombres la incidencia de cáncer de colon ajustada por edad por debajo de 50/100.000 y 25/100.000 en recto en 2015.

INCIDENCIA AJUSTADA POR EDAD (POBLACIÓN MUNDIAL) POR 10.000 HAB. CÁNCER DE COLON. HOMBRES AÑOS 1997-2001



Fuente: CIFIC Vol IX. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Consumo 2009

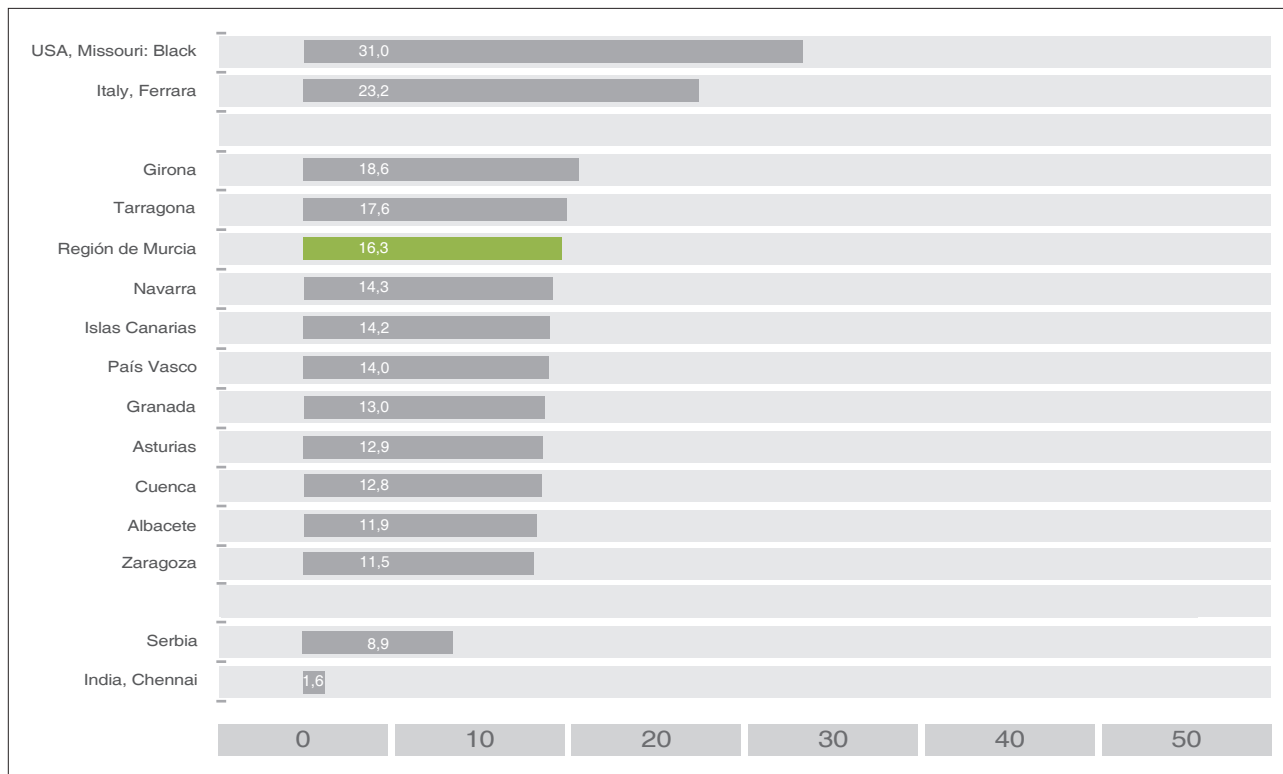
INCIDENCIA AJUSTADA POR EDAD (POBLACIÓN MUNDIAL) POR 10.000 HAB. CÁNCER DE RECTO. HOMBRES AÑOS 1997-2001



Fuente: CIFIC Vol IX. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Consumo 2009

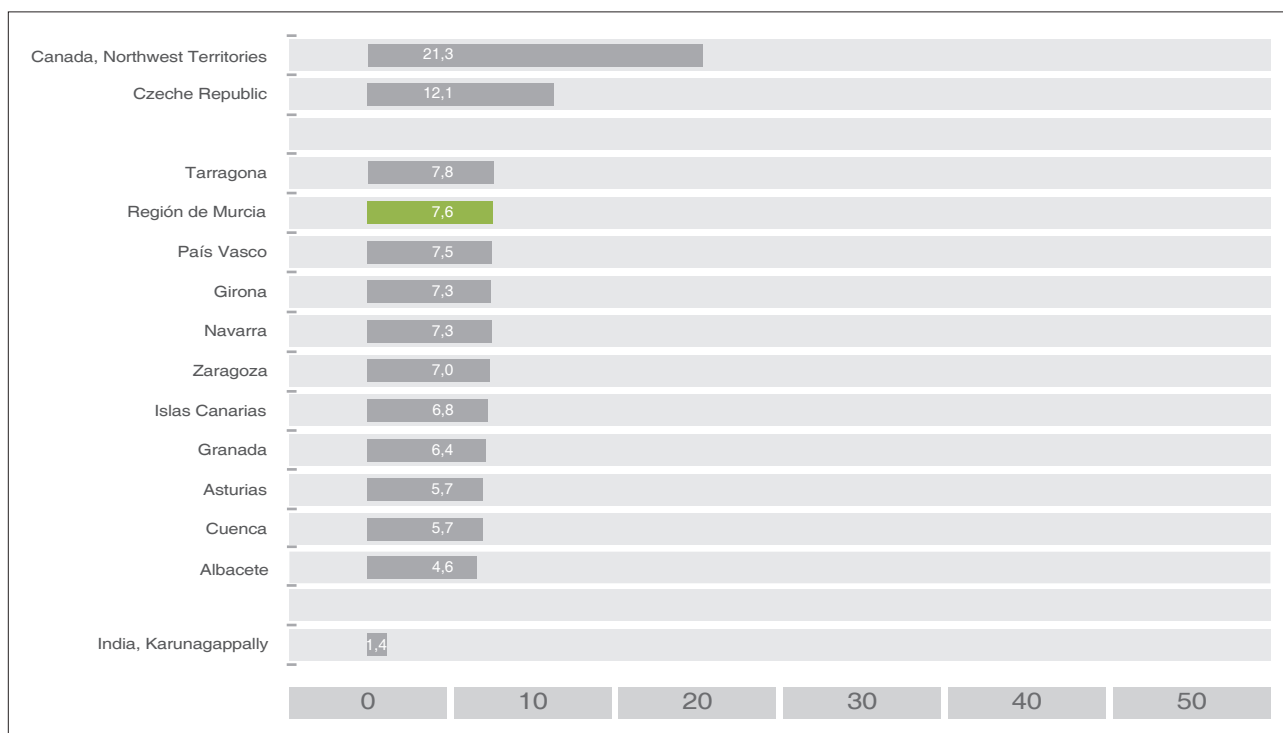
OBJETIVO: Reducir en las mujeres la incidencia de cáncer de colon ajustada por edad por debajo de 40/100.000 y de recto por debajo de 20/100.000 en 2015.

INCIDENCIA AJUSTADA POR EDAD (POBLACIÓN MUNDIAL) POR 10.000 HAB. CÁNCER DE COLON. MUJERES AÑOS 1997-2001



Fuente: CIFIC Vol IX. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Consumo 2009

INCIDENCIA AJUSTADA POR EDAD (POBLACIÓN MUNDIAL) POR 10.000 HAB. CÁNCER DE RECTO. MUJERES AÑOS 1997-2001

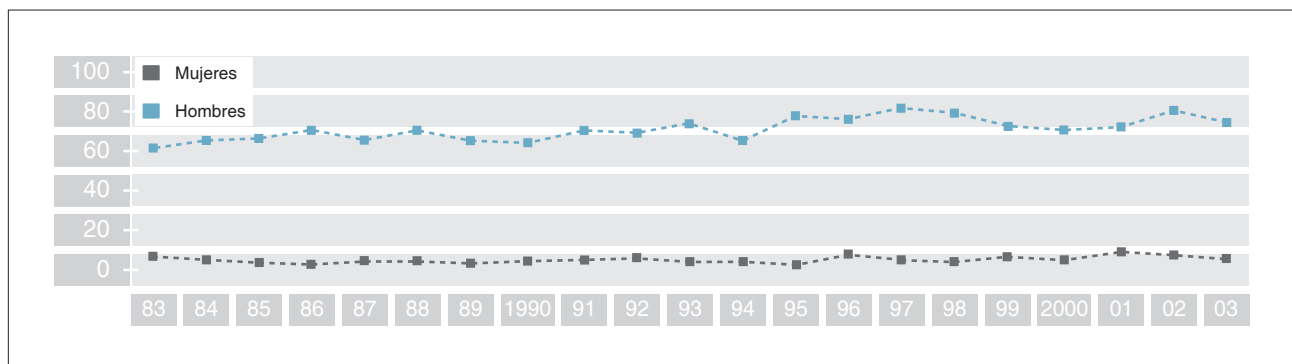


Fuente: CIFIC Vol IX. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Consumo 2009

6.4.1.4/ INCIDENCIA DE CÁNCER DE PULMÓN /

❖ La incidencia del cáncer de pulmón ajustada por edad es de 70/100.000 personas en hombres y no llega a 10/100.000 entre las mujeres, con una tendencia estabilizada en los últimos años.

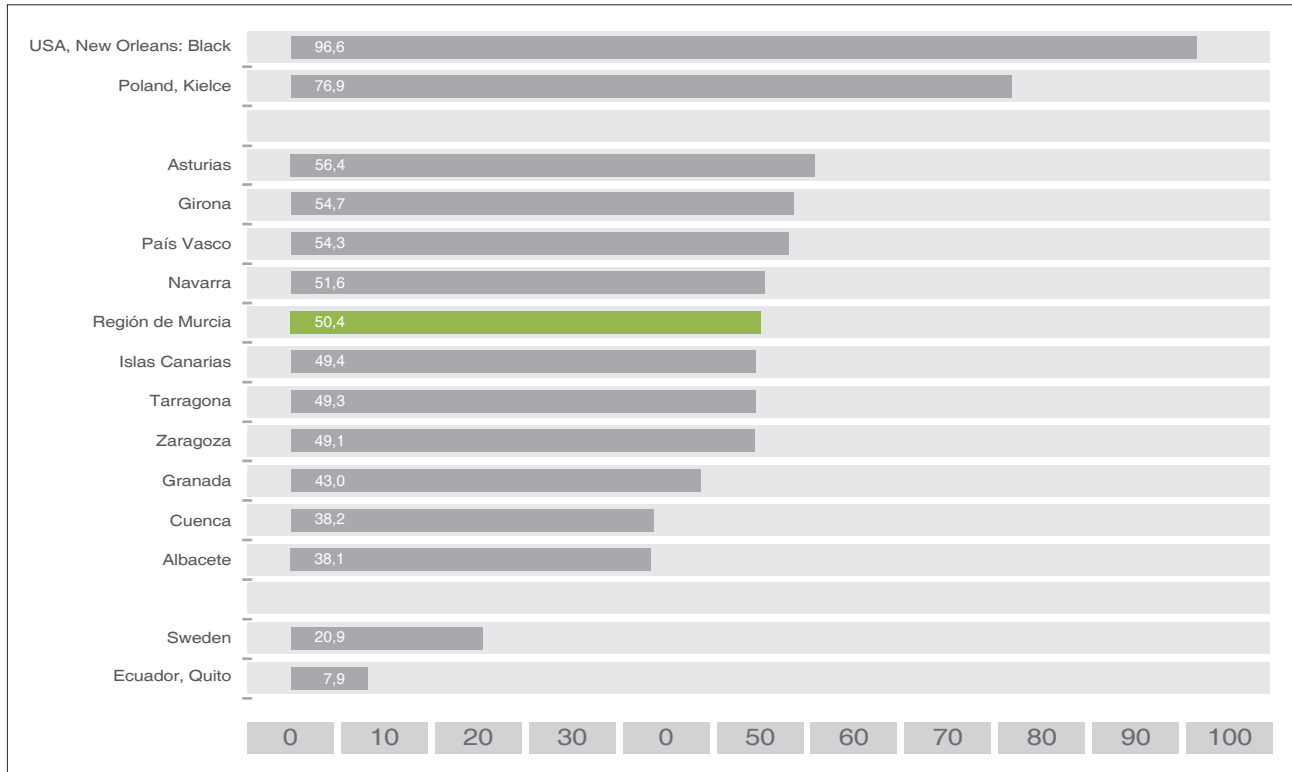
TASA DE INCIDENCIA ANUAL POR 100.000 HABITANTES AJUSTADAS A LA POBLACIÓN EUROPEA ESTÁNDAR POR AÑO Y SEXO. CÁNCER DE PULMÓN. REGIÓN DE MURCIA 1983-2003



Fuente: Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Consumo 2009

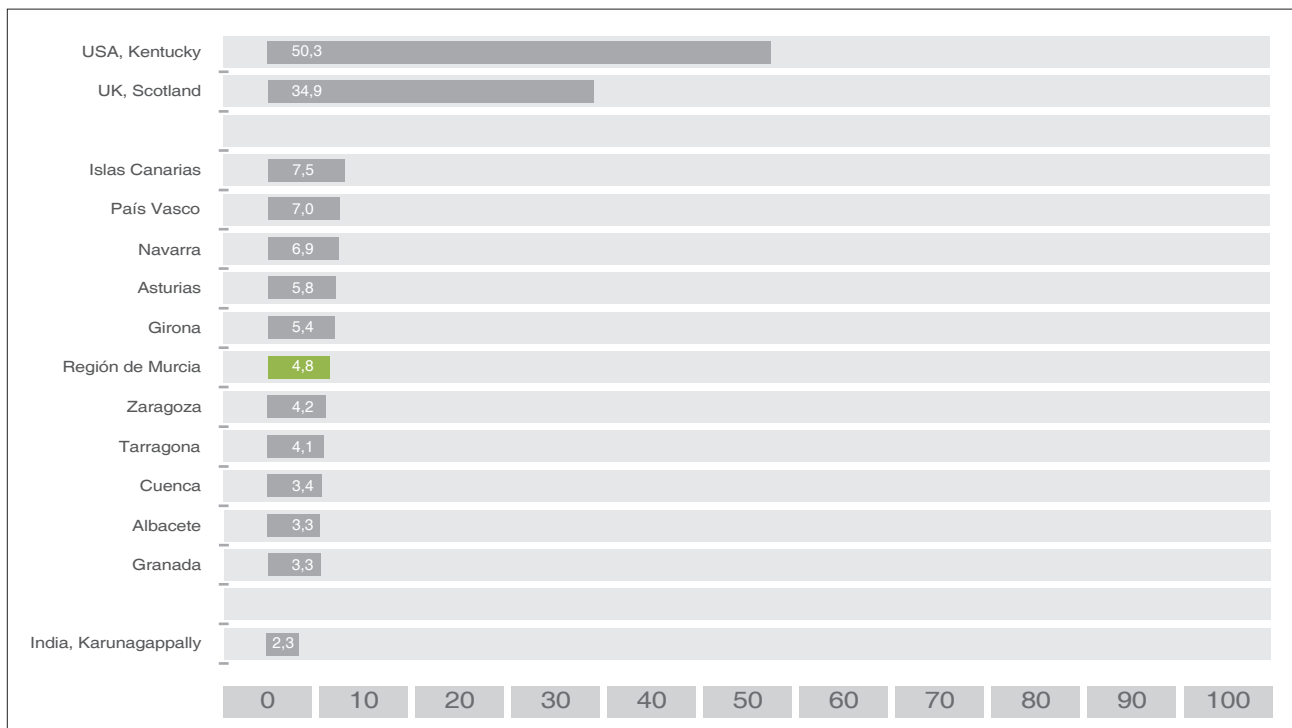
OBJETIVO: Reducir la incidencia de cáncer de pulmón ajustada por edad en hombres por debajo de 60/100.000 y en mujeres por debajo de 5/100.000 en 2015.

INCIDENCIA AJUSTADA POR EDAD (POBLACIÓN MUNDIAL) POR 10.000 HABITANTES. CÁNCER DE TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMÓN. HOMBRES AÑOS 1997-2001



Fuente: CIFIC Vol IX. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Consumo 2009

INCIDENCIA AJUSTADA POR EDAD (POBLACIÓN MUNDIAL)/10.000 HABITANTES. CÁNCER DE TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMÓN. MUJERES AÑOS 1997-2001

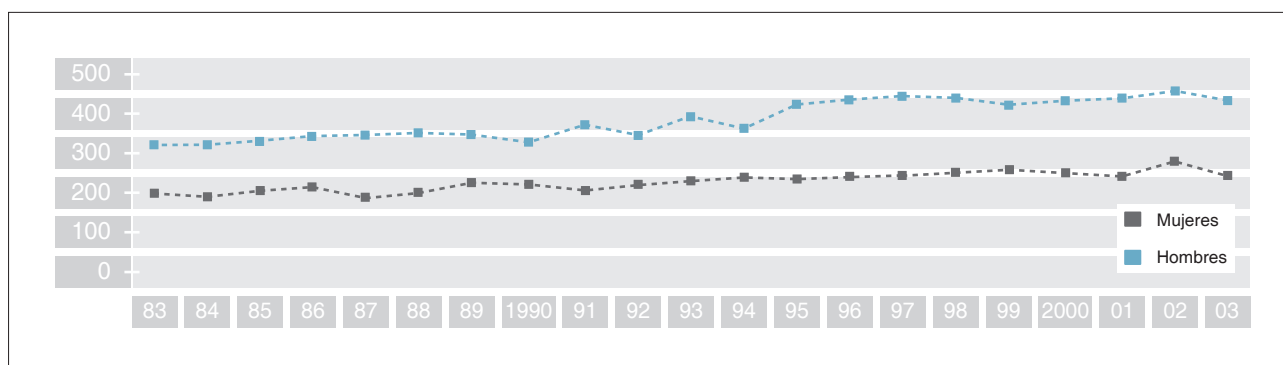


Fuente: CIFIC Vol IX. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Consumo 2009

6.4.1.5/ INCIDENCIA DE CÁNCER EXCEPTO PIEL NO MELA- NOMA

❖ La incidencia de todos los tipos de cáncer excepto piel no melanoma ajustada por edad europea es de 420/100.000 en el caso de hombres y de 250/100.000 en mujeres. Estas cifras se sitúan en una posición intermedia en relación a otras regiones de España que disponen de Registro de Tumores poblacionales.

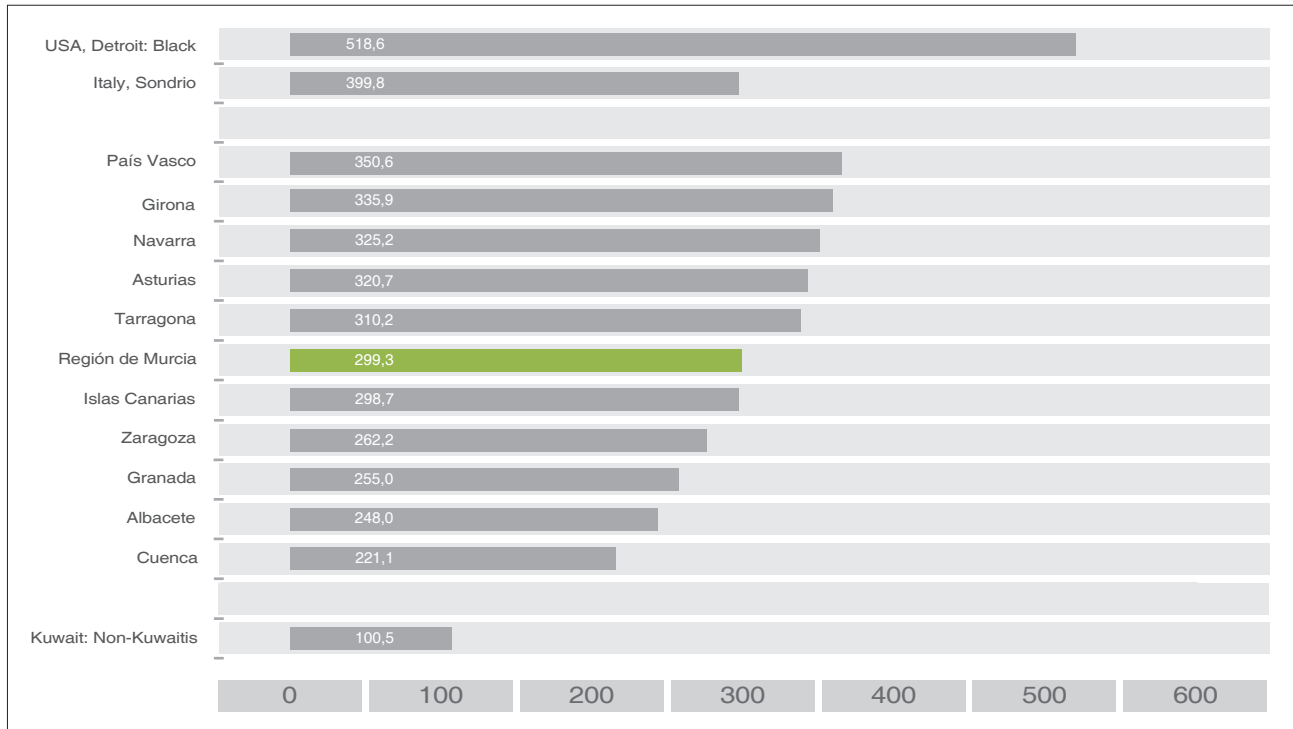
TASA DE INCIDENCIA ANUAL/100.000 HABITANTES AJUSTADAS A LA POBLACIÓN EUROPEA ESTÁNDAR POR AÑO Y SEXO .
CÁNCER DE PULMÓN. REGIÓN DE MURCIA 1983-2003



Fuente: Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Consumo 2009

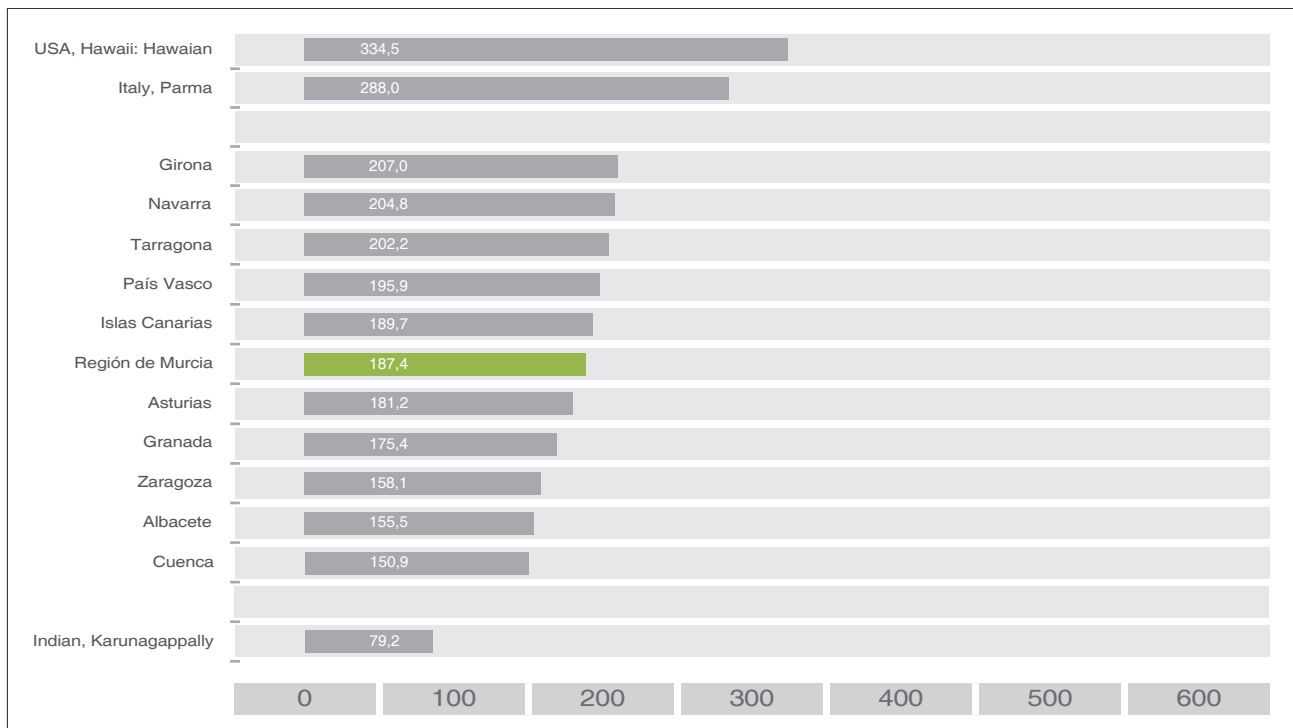
OBJETIVO: Reducir la incidencia general de cáncer excepto piel no melanoma ajustada por edad en hombres por debajo de 400/100.000 y en mujeres por debajo de 250/100.000 en 2015.

INCIDENCIA AJUSTADA POR EDAD (POBLACIÓN MUNDIAL) POR 10.000 HABITANTES. TODAS LAS LOCALIZACIONES EXCEPTO PIEL NO MELANOMA. HOMBRES AÑOS 1997-2001



Fuente: CIFIC Vol IX. Elaboración: Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Consumo 2009

INCIDENCIA AJUSTADA POR EDAD (POBLACIÓN MUNDIAL)/10.000 HABITANTES. TODAS LAS LOCALIZACIONES EXCEPTO PIEL NO MELANOMA. MUJERES AÑOS 1997-2001



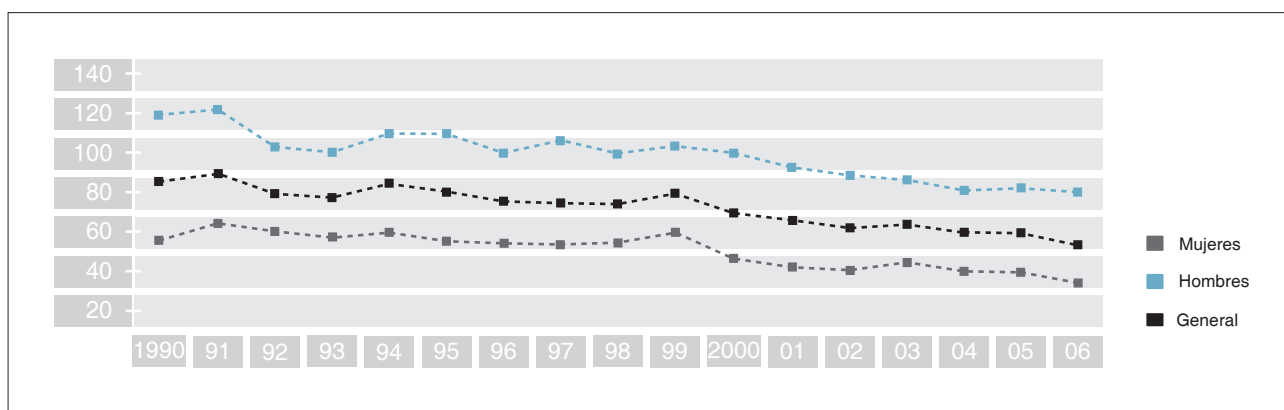
Fuente: CIFIC Vol IX; Elaboración: Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad y Consumo 2009

6.4.1.6/ MORTALIDAD POR ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN

❖ La tasa ajustada por edad de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón presenta una reducción de casi un 40% en los últimos 15 años, siendo más marcada esta reducción en mujeres que en hombres.

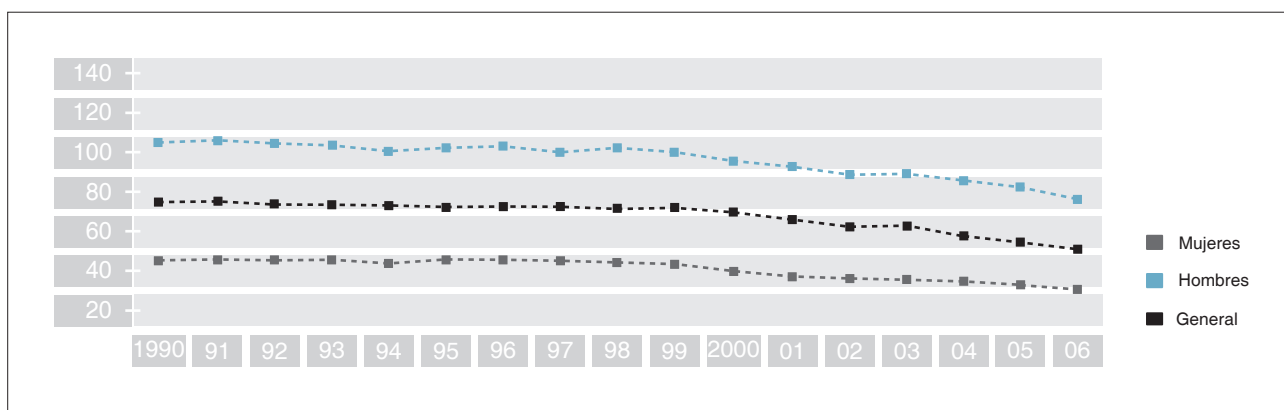
❖ En el año 2006 las cifras se situaban en 79 para hombres y 33 para mujeres, muy discretamente por encima de la media española.

TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN POR 100.000 HAB. MURCIA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

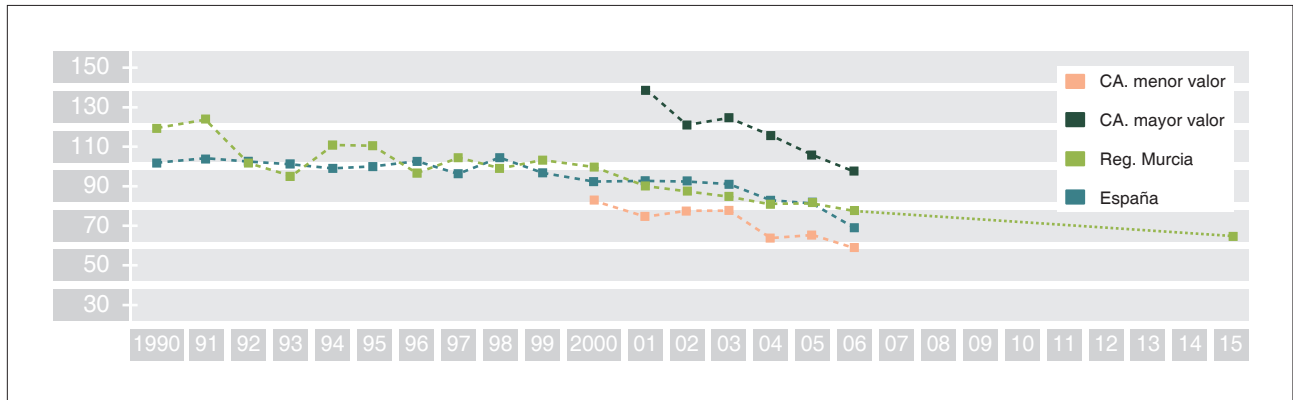
TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN POR 100.000 HAB. ESPAÑA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

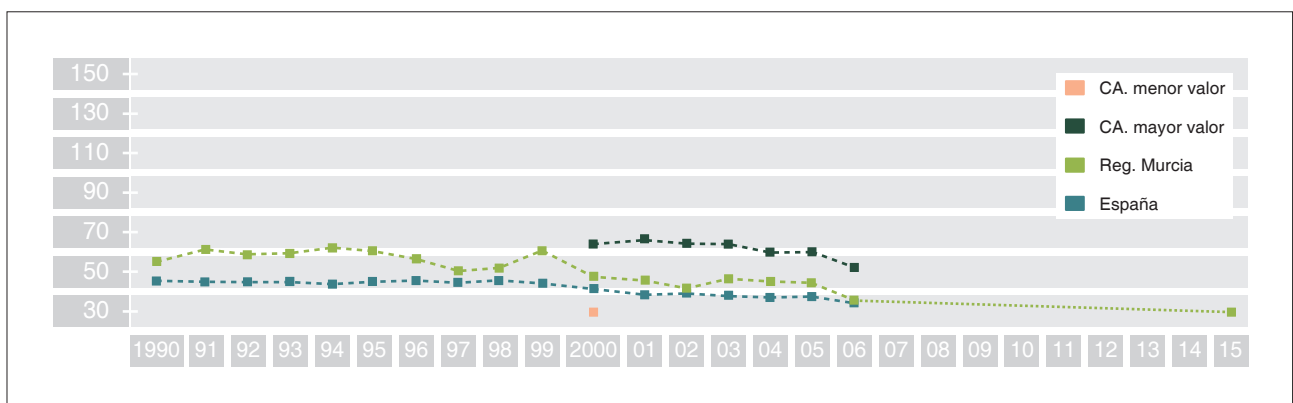
OBJETIVO: Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en hombres por debajo de 65/100.000 en 2015.

MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN POR 100.000 HAB. HOMBRES



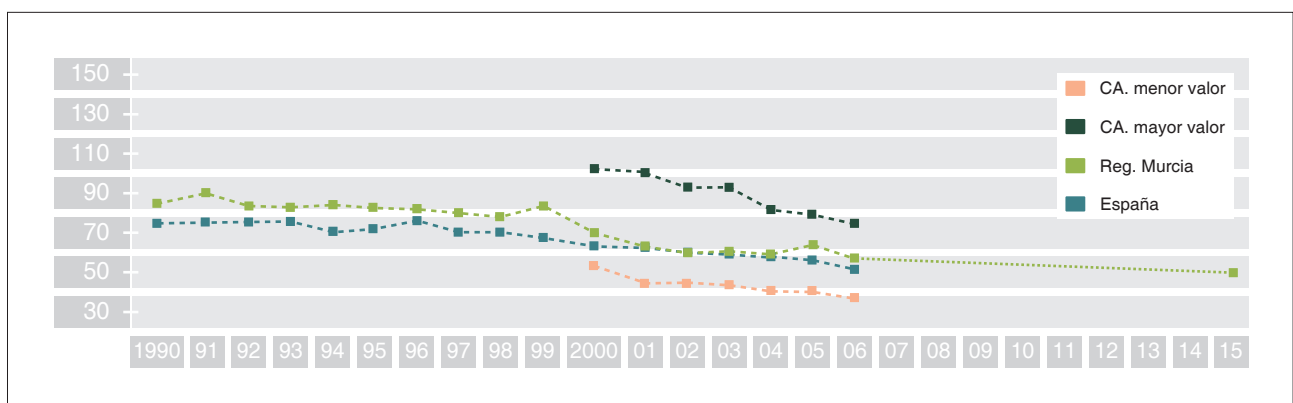
OBJETIVO: Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en mujeres por debajo de 30/100.000 en 2015.

MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN POR 100.000 HAB. MUJERES



OBJETIVO: Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en población de ambos sexos por debajo de 50/100.000 en 2015.

MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR ENFERMEDAD ISQUÉMICA DEL CORAZÓN POR 100.000 HAB. AMBOS SEXOS

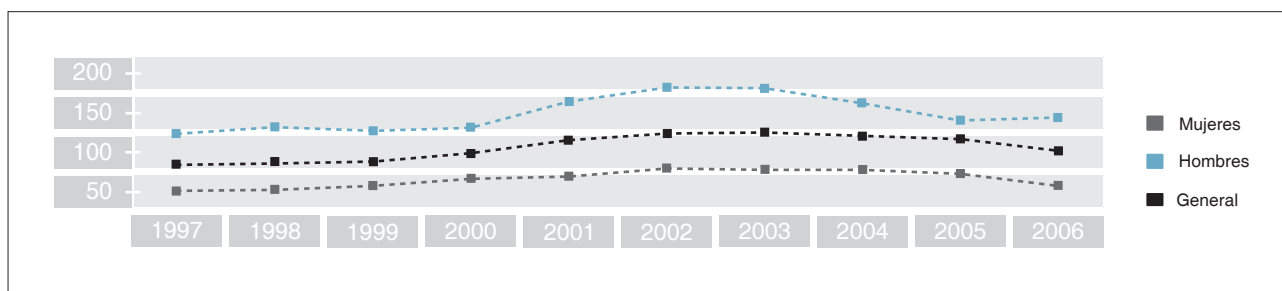


6.4.1.7/ HOSPITALIZACIÓN POR INFARTO AGUDO DE MIO- CARDIO /

❖ La tasa de hospitalización por infarto agudo de miocardio no muestra la misma tendencia que la enfermedad isquémica del corazón.

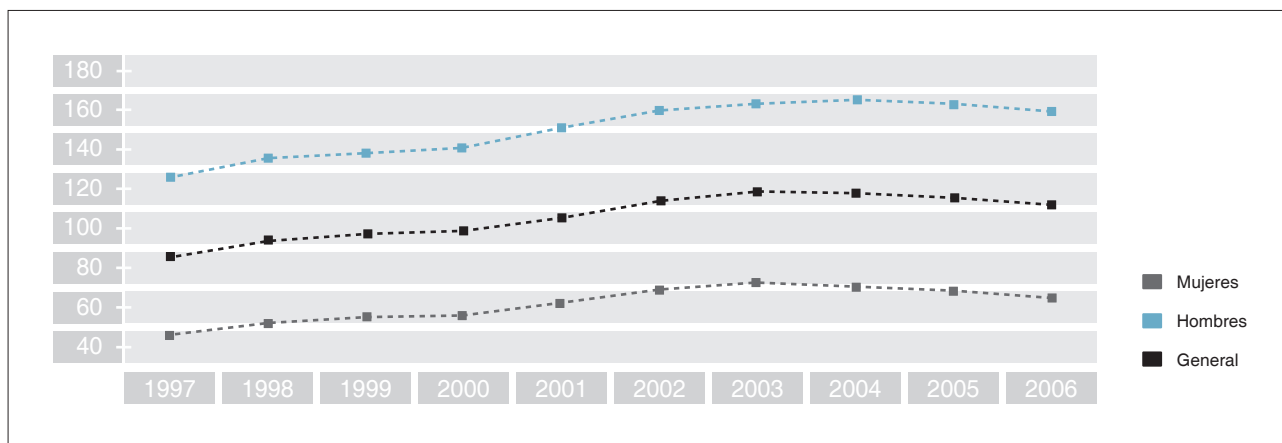
❖ En el año 2006 la tasa era de casi 150/100.00 en hombres y poco más de 50/100.000 en mujeres, resultados discretamente inferiores a la media española.

TASA DE HOSPITALIZACIÓN POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO POR 100.000 HAB. REGIÓN DE MURCIA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

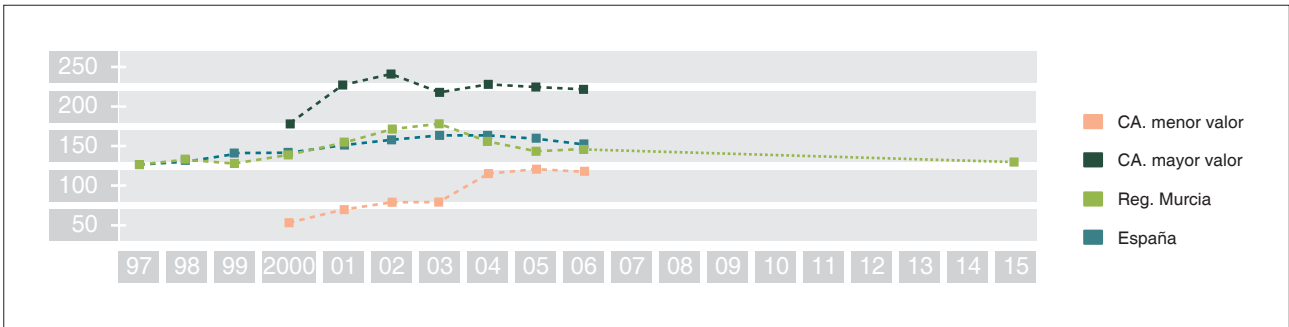
TASA DE HOSPITALIZACIÓN POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO POR 100.000 HAB. ESPAÑA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

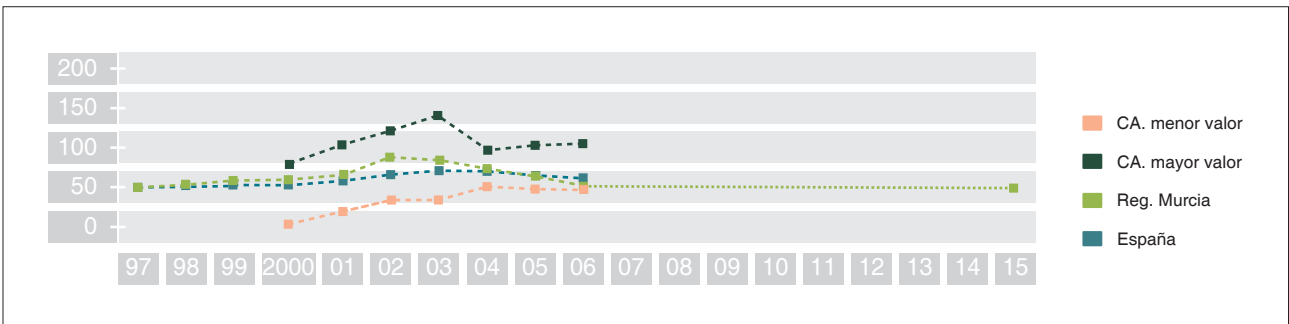
OBJETIVO: Reducir la tasa de hospitalización por infarto agudo de miocardio en hombres por debajo de 130/100.000 en 2015.

TASA DE HOSPITALIZACIÓN POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO POR 100.000 HAB. HOMBRES



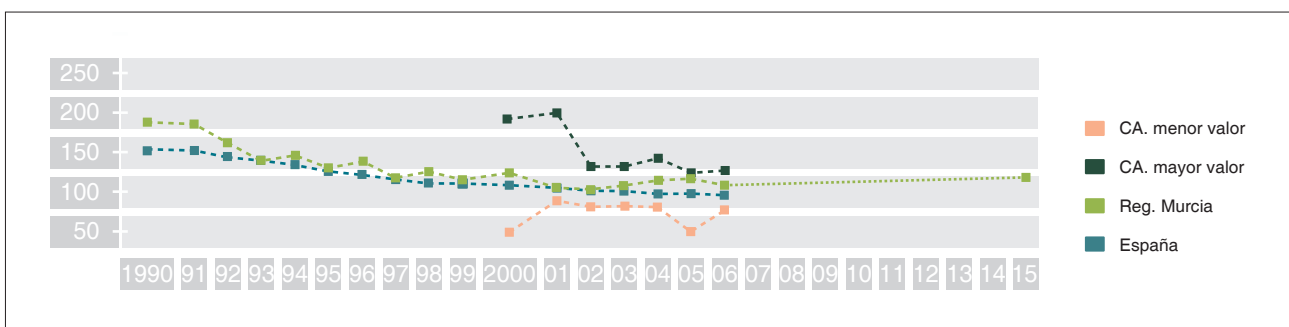
OBJETIVO: Reducir la tasa de hospitalización por infarto agudo de miocardio en mujeres por debajo de 55/100.000 en 2015.

TASA DE HOSPITALIZACIÓN POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO POR 100.000 HAB. MUJERES



OBJETIVO: Reducir la tasa de hospitalización por infarto agudo de miocardio en población de ambos sexos por debajo de 90/100.000 en 2015.

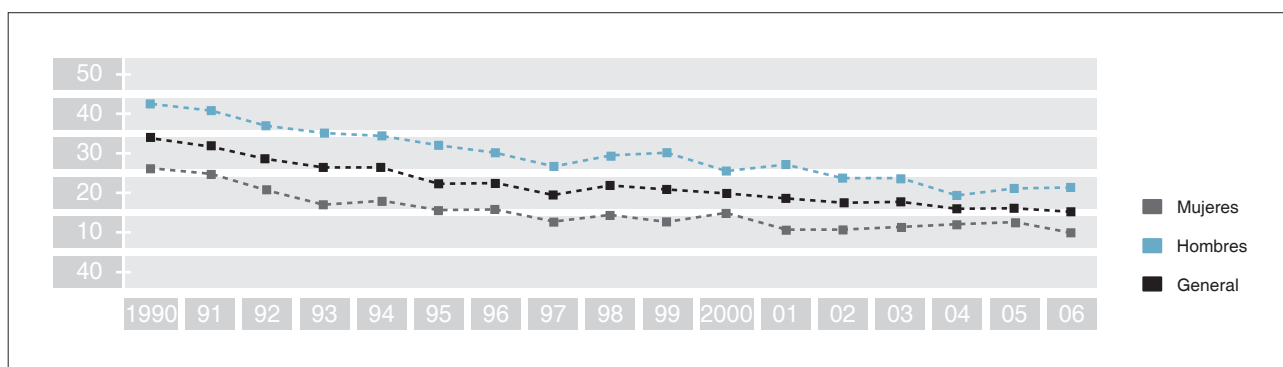
TASA DE HOSPITALIZACIÓN POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO POR 100.000 HAB. AMBOS SEXOS



6.4.1.8/ MORTALIDAD POR ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

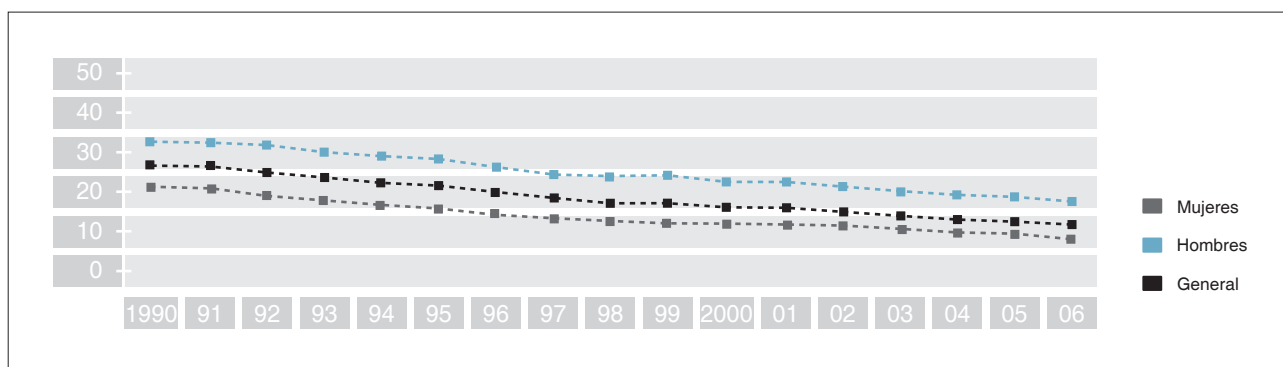
❖ La tasa ajustada por edad de la mortalidad prematura por enfermedad vascular cerebral muestra una clara tendencia decreciente en los últimos años con cifras en el año 2006 de 21/100.000 en hombres y 11/100.000 en mujeres, valores algo superiores a la media española de hombres y de mujeres.

TASA DE HOSPITALIZACIÓN POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO POR 100.000 HAB. REGIÓN DE MURCIA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

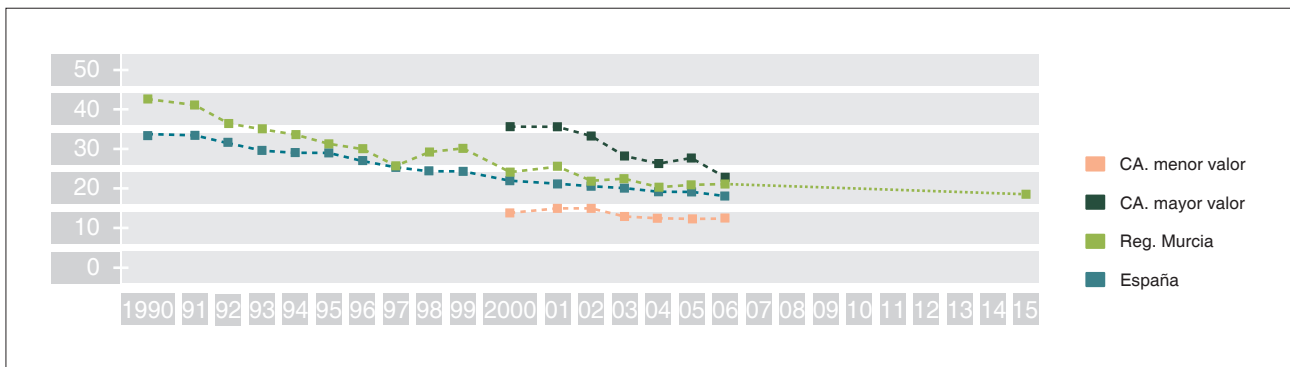
TASA DE HOSPITALIZACIÓN POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO POR 100.000 HAB. ESPAÑA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

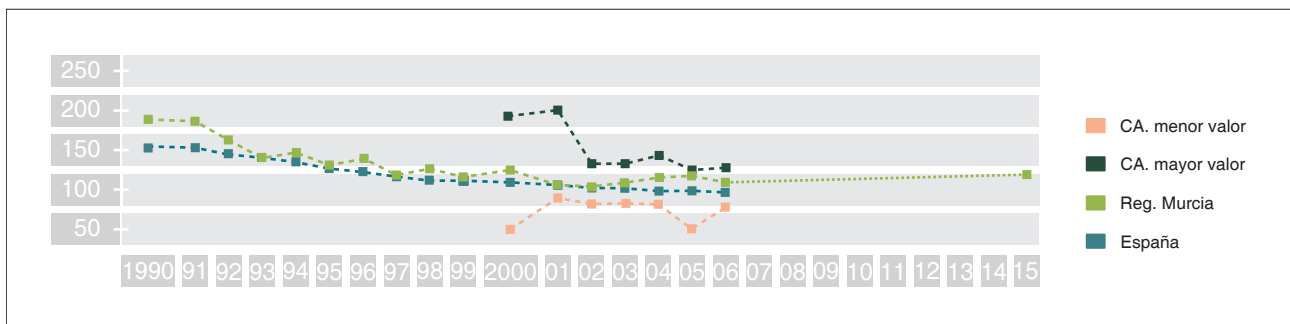
OBJETIVO: Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad prematura por enfermedad vascular cerebral en hombres por debajo de 18/100.000 en 2015.

MORTALIDAD PREMATURA POR ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL POR 100.000 HAB. MENORES DE 75 AÑOS. HOMBRES



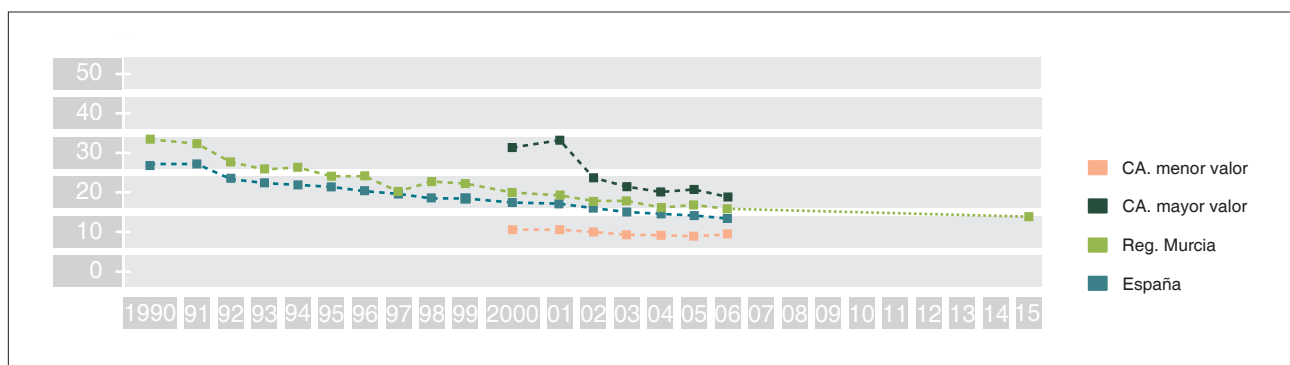
OBJETIVO: Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad prematura por enfermedad vascular cerebral en mujeres por debajo de 10/100.000 en 2015.

MORTALIDAD PREMATURA POR ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL POR 100.000 HAB. MENORES DE 75 AÑOS. MUJERES



OBJETIVO: Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad prematura por enfermedad vascular cerebral en población de ambos sexos por debajo de 14/100.000 en 2015.

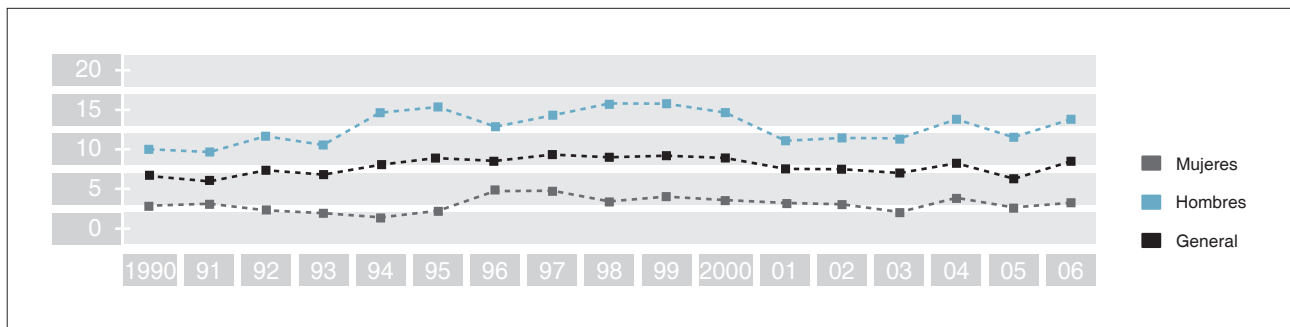
MORTALIDAD PREMATURA POR ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL POR 100.000 HAB. MENORES DE 75 AÑOS. AMBOS SEXOS



6.4.1.9/ MORTALIDAD POR SUICIDIO /

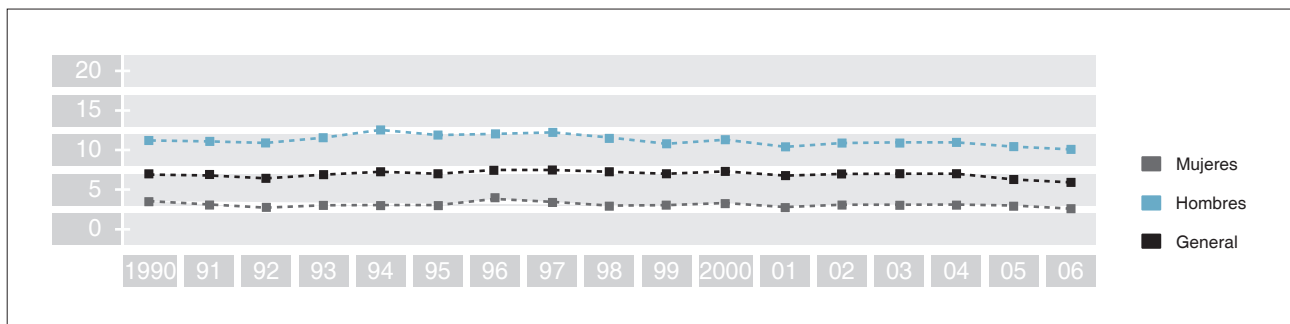
❖ La tasa ajustada por edad de la mortalidad por suicidio en la Región es de 13/100.000 en hombres y 3/100.000 en mujeres, unas cifras discretamente superiores a la media española.

TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR SUICIDIO POR 100.000 HAB. REGIÓN DE MURCIA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

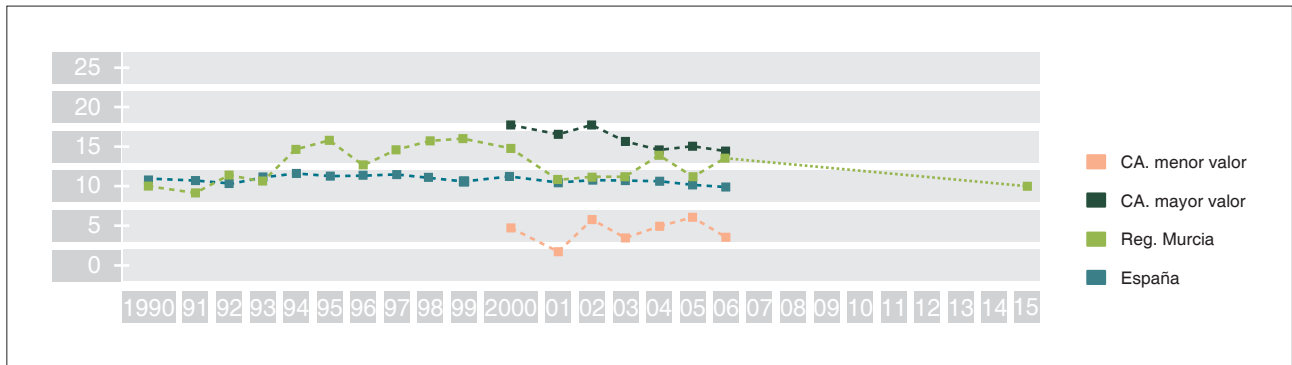
TASA DE HOSPITALIZACIÓN POR SUICIDIO POR 100.000 HAB. ESPAÑA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

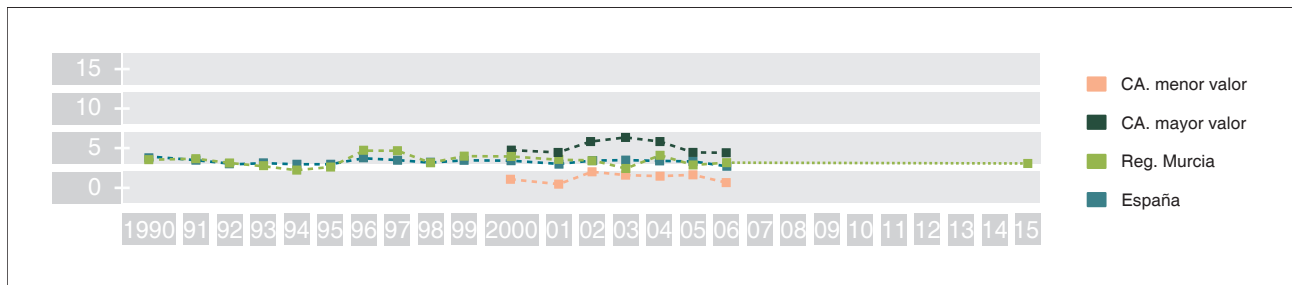
OBJETIVO: Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad ajustada por suicidio en hombres por debajo de 10/100.000 en 2015.

TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR SUICIDIO POR 100.000 HAB. HOMBRES



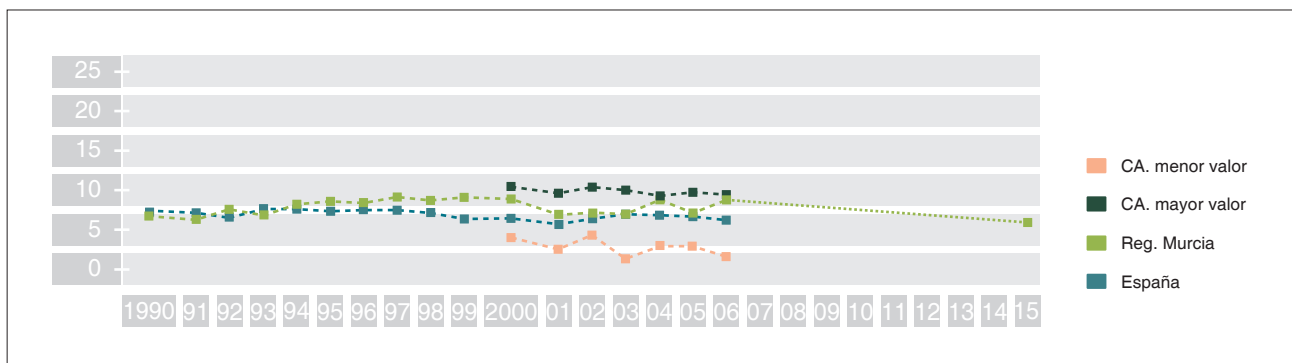
OBJETIVO: Mantener la tasa ajustada por edad de la mortalidad por suicidio, en mujeres por debajo de 3/100.000 en 2015.

TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR SUICIDIO POR 100.000 HAB. MUJERES



OBJETIVO: Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad por suicidio en ambos sexos por debajo de 6/100.000 en 2015.

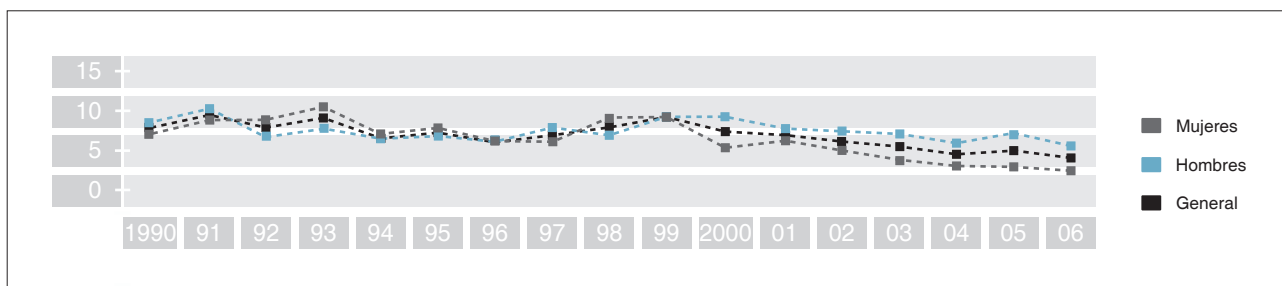
TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR SUICIDIO POR 100.000 HAB. AMBOS SEXOS



6.4.1.10/ MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS /

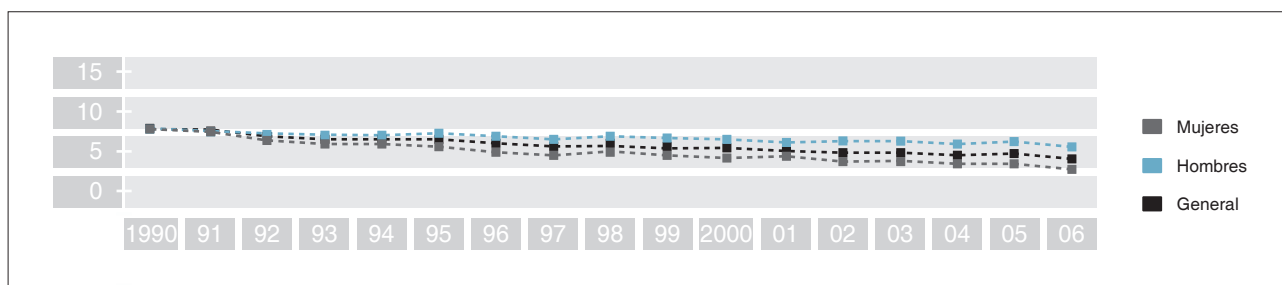
❖ La tasa ajustada por edad de la mortalidad prematura por diabetes mellitus muestra una tendencia discretamente descendente en los últimos años con unos valores en el 2006 de 5,6/100.000 en hombres y 2,8/100.000 en mujeres, unas cifras similares a la media española.

MORTALIDAD PREMATURA POR DIABETES MELLITUS POR 100.000 HAB. MENORES DE 75 AÑOS REGIÓN DE MURCIA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

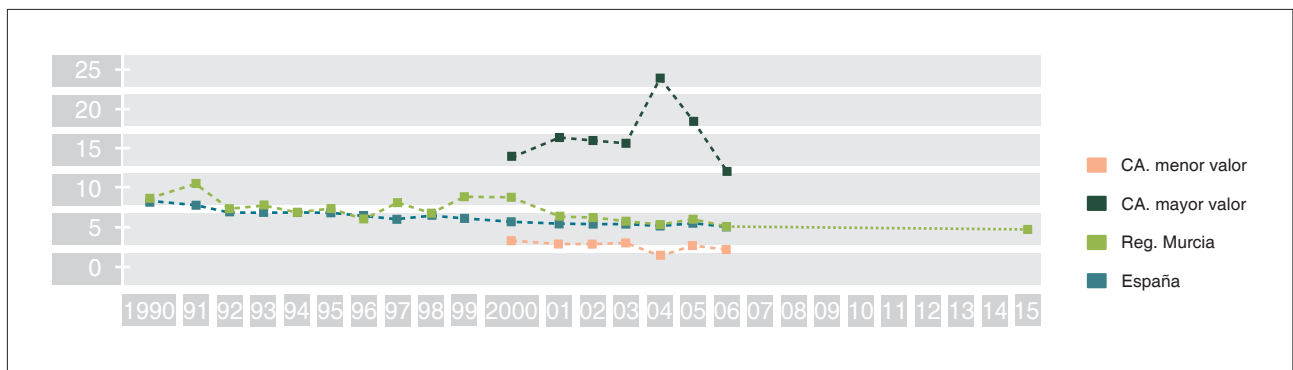
MORTALIDAD PREMATURA POR DIABETES MELLITUS POR 100.000 HAB. MENORES DE 75 AÑOS ESPAÑA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

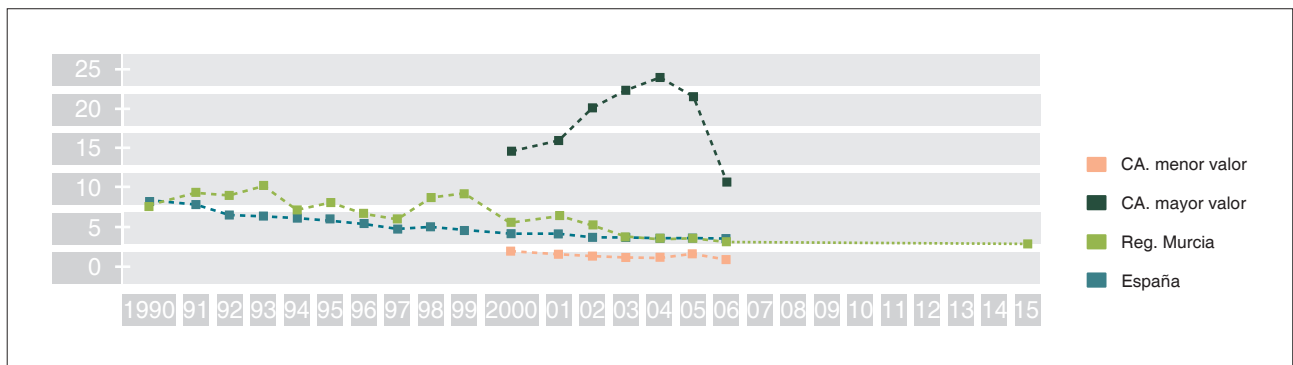
OBJETIVO: Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad prematura por diabetes mellitus en hombres por debajo de 6/100.000 en 2015.

MORTALIDAD PREMATURA POR DIABETES MELLITUS POR 100.000 HAB. MENORES DE 75 AÑOS. HOMBRES



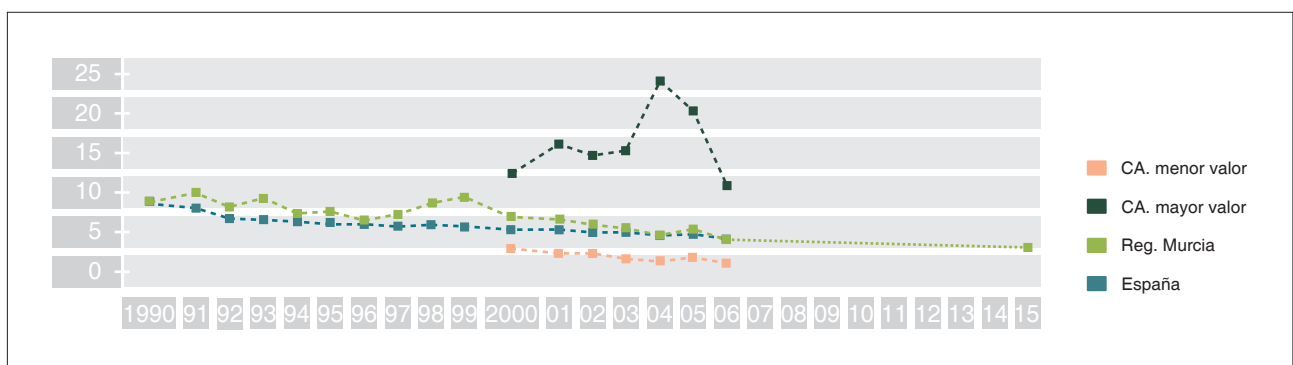
OBJETIVO: Mantener la tasa ajustada por edad de la mortalidad prematura por diabetes mellitus en mujeres en menos de 4/100.000 en 2015.

MORTALIDAD PREMATURA POR DIABETES MELLITUS POR 100.000 HAB. MENORES DE 75 AÑOS. MUJERES



OBJETIVO: Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad prematura por diabetes mellitus en población de ambos sexos en menos de 5/100.000 en 2015.

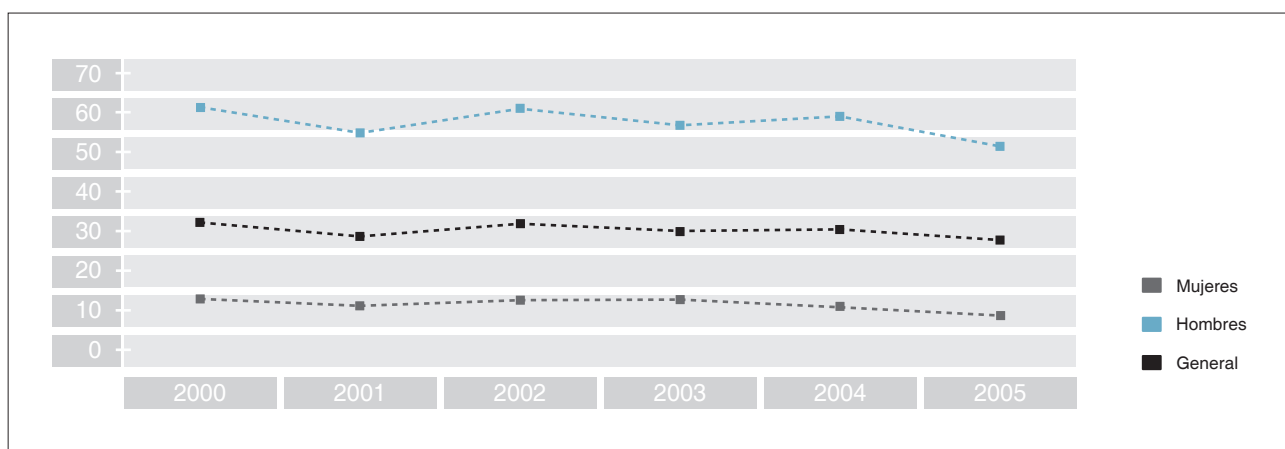
MORTALIDAD PREMATURA POR DIABETES MELLITUS POR 100.000 HAB. MENORES DE 75 AÑOS. AMBOS SEXOS



6.4.1.11/ MORTALIDAD POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA /

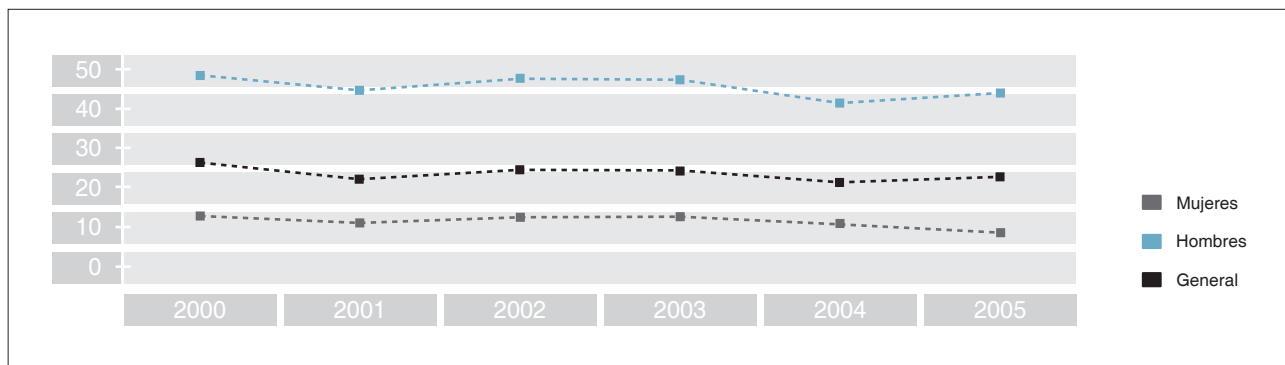
❖ La tasa ajustada por edad de la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica es de 9/100.000 en mujeres, una cifra similar a la española, mientras que en hombres se sitúa en 51/100.000 superando en un 20% a la media española.

MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA POR 100.000 HAB. REGIÓN DE MURCIA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA POR 100.000 HAB. ESPAÑA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

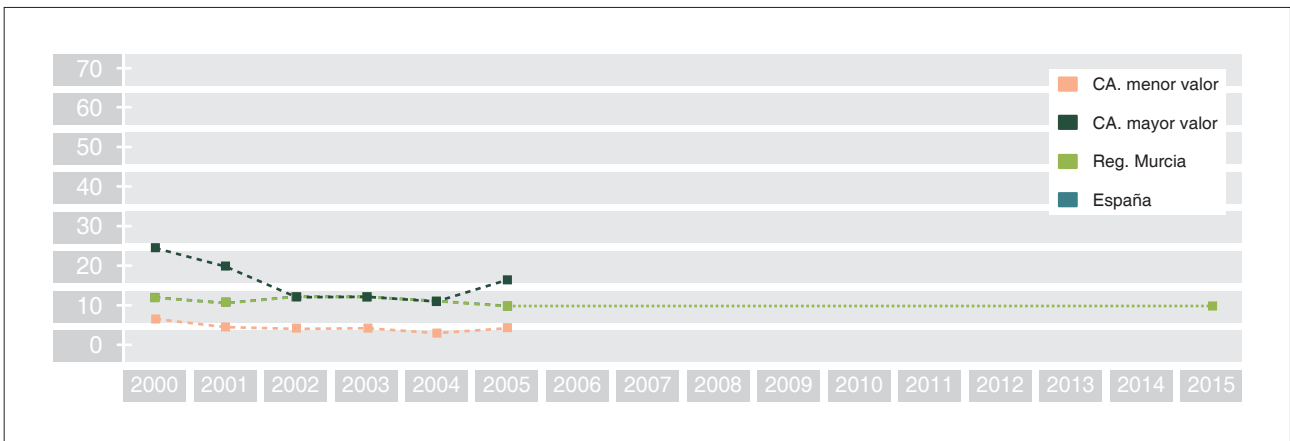
OBJETIVO: Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica en hombres por debajo de 45/100.000 en 2015.

MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA POR 100.000 HAB. HOMBRES



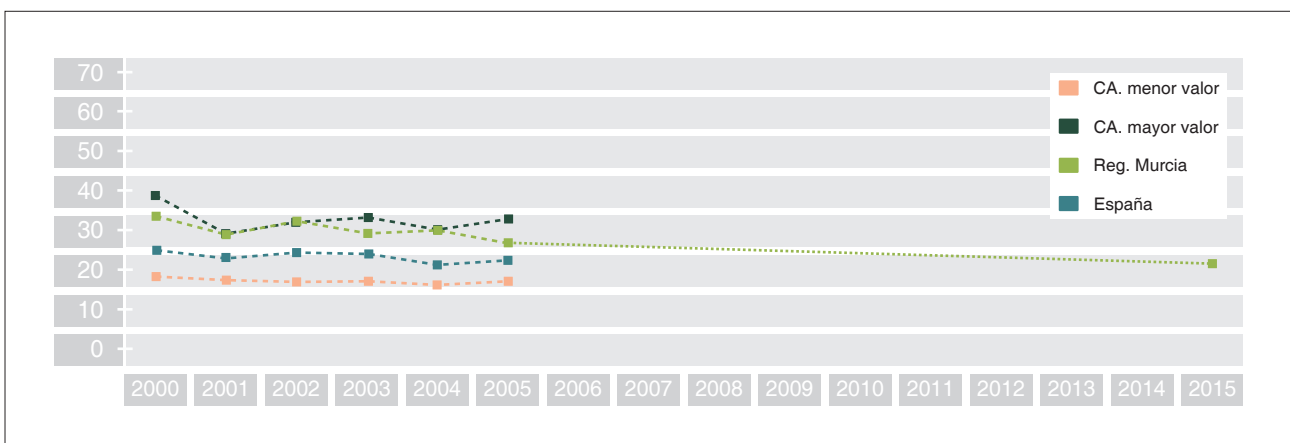
OBJETIVO: Mantener la tasa ajustada por edad de la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica en mujeres en menos de 10/100.000 en 2015.

MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA POR 100.000 HAB. MUJERES



OBJETIVO: Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica en población de ambos sexos por debajo de 25/100.000 en 2015.

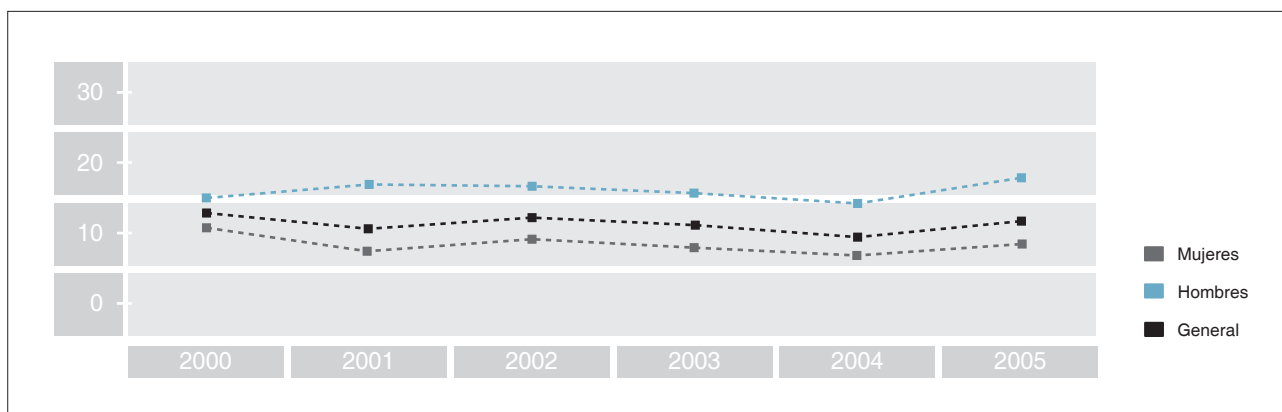
MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA POR 100.000 HAB. AMBOS SEXOS



6.4.1.12/ MORTALIDAD POR NEU- MONÍA Y GRIPE /

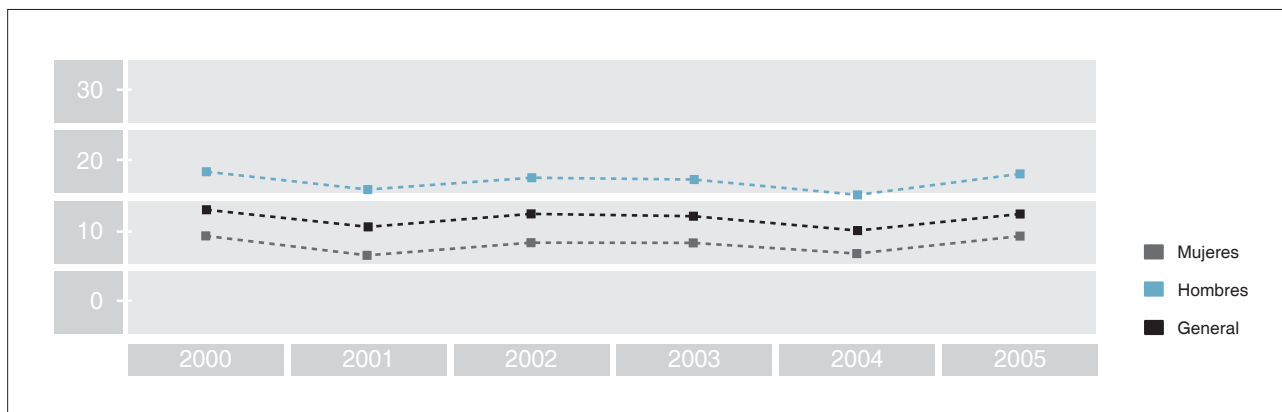
❖ La tasa ajustada por edad de la mortalidad por neumonía y gripe en hombres duplica a la de las mujeres con valores de 18/100.000 y 9/100.000, respectivamente, iguales a los de la media española.

MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR NEUMONÍA Y GRIPE POR 100.000 HAB. REGIÓN DE MURCIA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

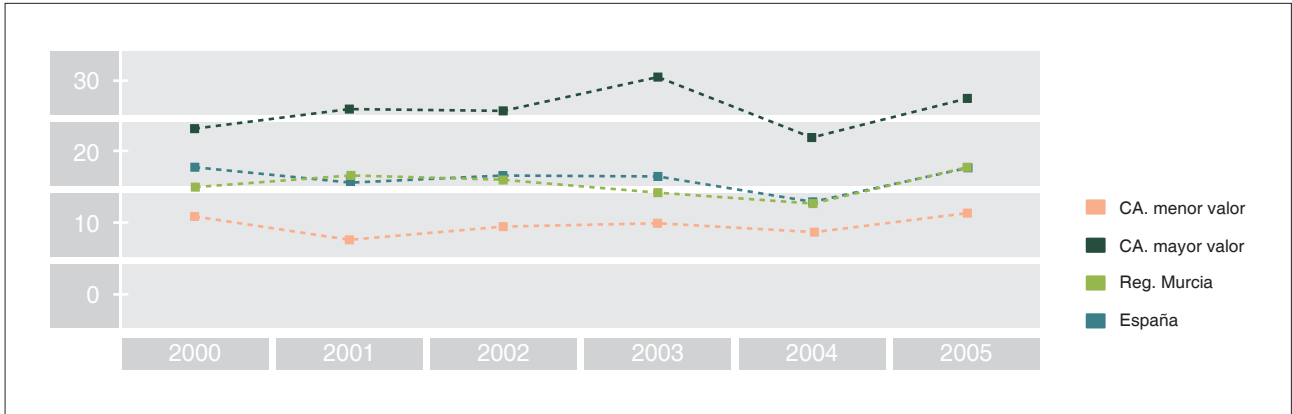
MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR NEUMONÍA Y GRIPE POR 100.000 HAB. ESPAÑA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

OBJETIVO: Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad por neumonía y gripe en hombres por debajo de 15/100.000 en 2015.

MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR NEUMONÍA Y GRIPE POR 100.000 HAB. HOMBRES



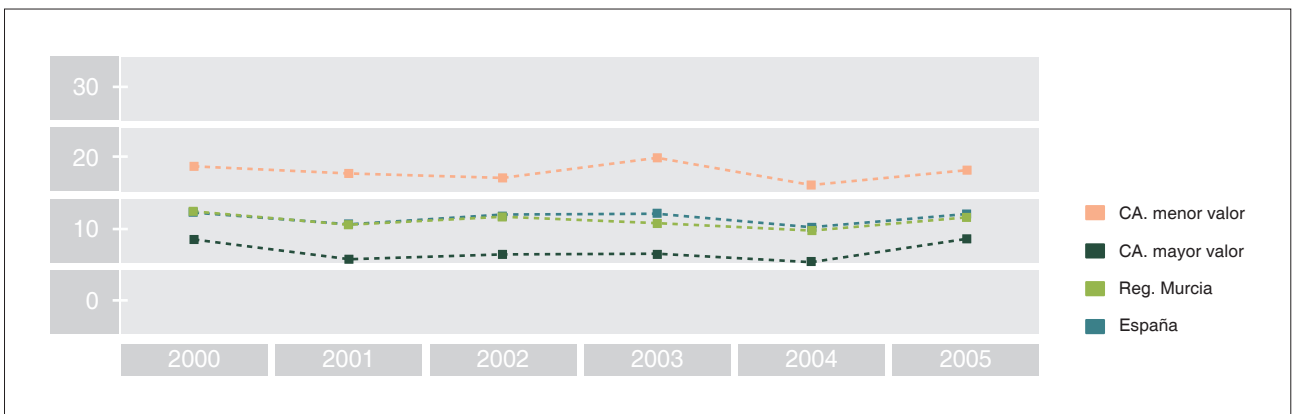
OBJETIVO: Mantener la tasa ajustada por edad de la mortalidad por neumonía y gripe en mujeres por debajo de 10/100.000 en 2015.

MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR NEUMONÍA Y GRIPE POR 100.000 HAB. MUJERES



OBJETIVO: Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad por neumonía y gripe en ambos sexos por debajo de 12/100.000 en 2015.

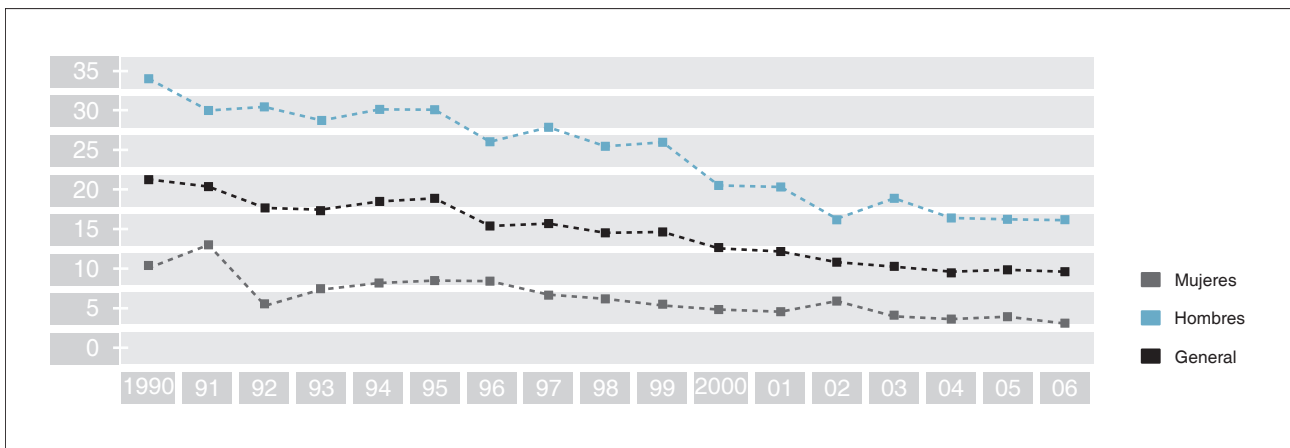
MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR NEUMONÍA Y GRIPE POR 100.000 HAB. AMBOS SEXOS



6.4.1.13/ MORTALIDAD POR ENFERMEDAD CRÓNICA DEL HÍGADO

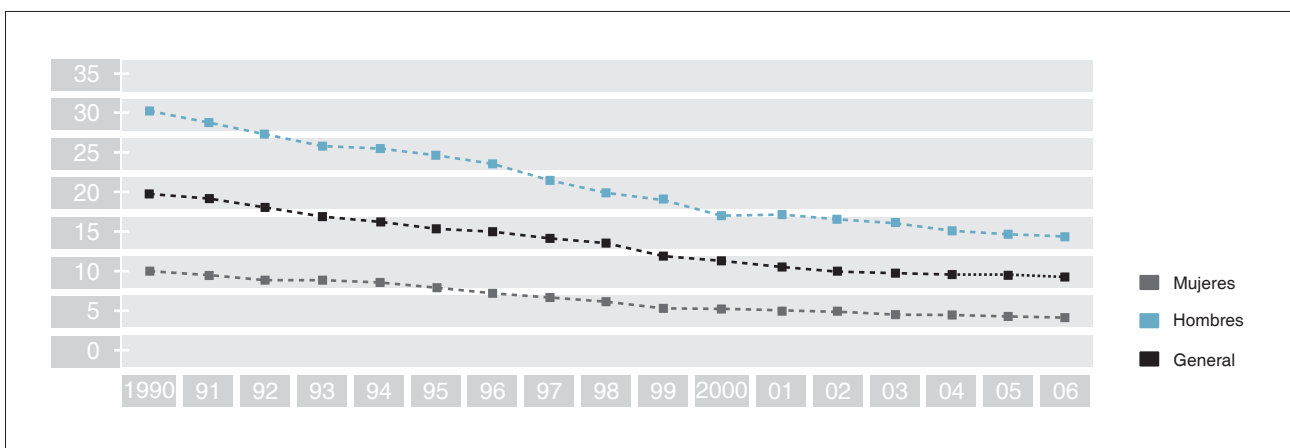
❖ La tasa ajustada por edad de la mortalidad por enfermedad crónica del hígado es de 18/100.000 para hombres y de 4 /100.000 para mujeres, unos valores discretamente superiores a la media española entre hombres.

MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR ENFERMEDAD CRÓNICA DEL HÍGADO POR 100.000 HAB. REGIÓN DE MURCIA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

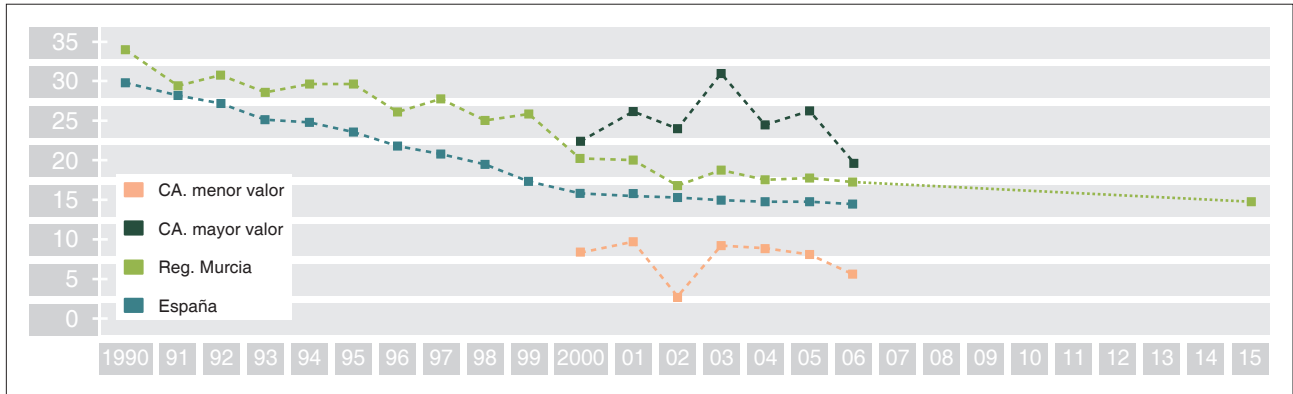
MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR ENFERMEDAD CRÓNICA DEL HÍGADO POR 100.000 HAB. ESPAÑA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

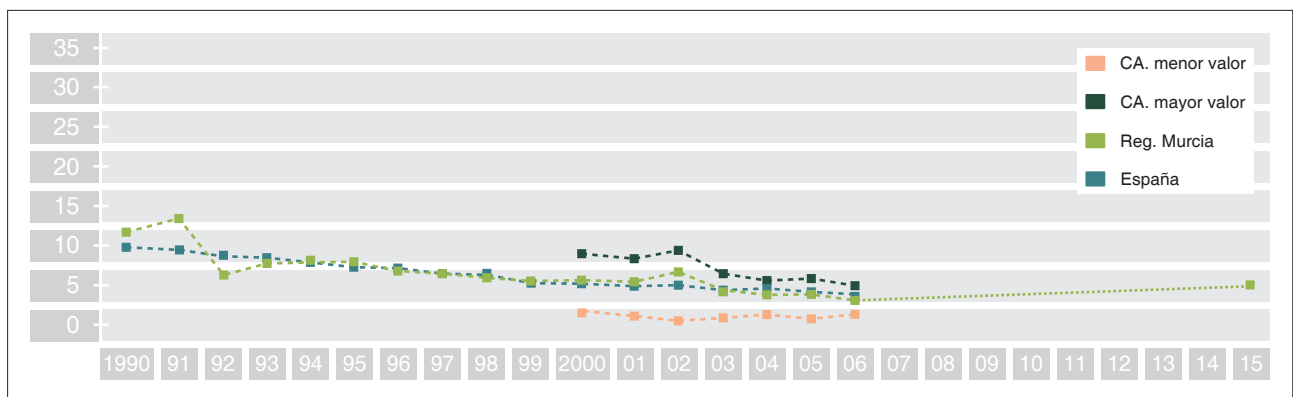
OBJETIVO: Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad por enfermedad crónica del hígado en hombres por debajo de 15/100.000 en 2015.

MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR ENFERMEDAD CRÓNICA DEL HÍGADO POR 100.000 HAB. HOMBRES



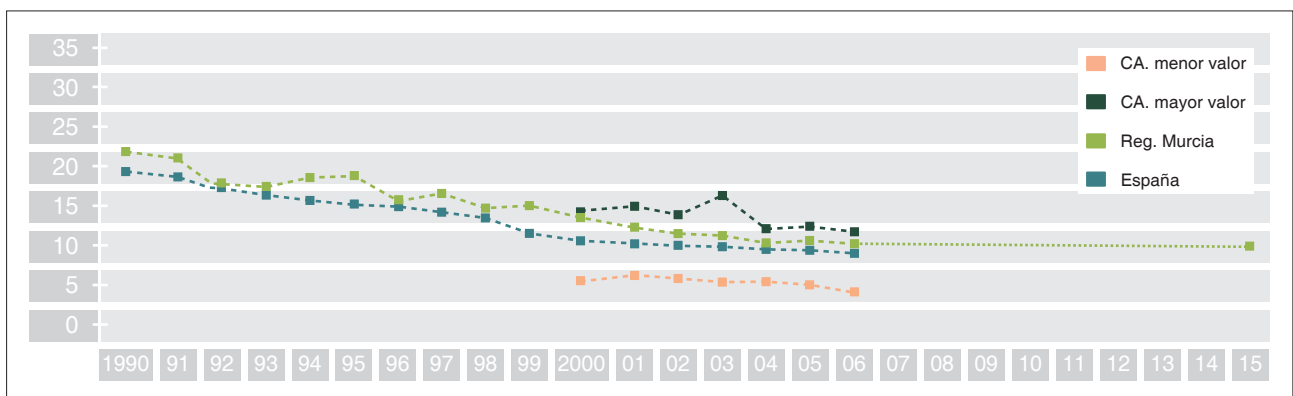
OBJETIVO: Mantener la tasa ajustada por edad de la de mortalidad por enfermedad crónica del hígado en mujeres en menos de 5/100.000 en 2015.

MORTALIDAD AJUSTADA POR ENFERMEDAD CRÓNICA DEL HÍGADO POR 100.000 HAB. MUJERES



OBJETIVO: Reducir la tasa ajustada por edad de la de mortalidad por enfermedad crónica del hígado en población de ambos sexos por debajo de 10/100.000 en 2015.

MORTALIDAD AJUSTADA POR EDAD POR ENFERMEDAD CRÓNICA DEL HÍGADO POR 100.000 HAB. AMBOS SEXOS



6.4.2/ ESTRATEGIAS DE IN- TERVENCIÓN SOBRE ENFERMEDADES RELE- VANTES

6.4.2.1/ CÁNCER

Justificación y condicionantes

- ❖ La incidencia del cáncer en la Región ajustada a la población europea estándar se situaba en el año 2003 en 429,5 casos por 100.000 en hombres y 250 en mujeres.
- ❖ El cáncer de colon y recto es el de mayor incidencia en la Región de Murcia cuando se estudia en hombres y mujeres conjuntamente, siendo el segundo en mujeres y el tercero en hombres, con un incremento medio anual del 5%. El programa preliminar desarrollado en la Región ha demostrado la facilidad y eficacia de poner en marcha un programa de prevención secundaria, por lo que deberá extenderse a la totalidad de la población objetivo.
- ❖ El cáncer de mama es el más frecuente entre las mujeres de la Región, con una incidencia ajustada a la población europea estándar de 80 por 100.000 mujeres año y una tendencia estable desde el año 1998. Desde 1995 existe un programa institucional de prevención secundaria, basado en la detección precoz mediante mamografía bienal que, en la actualidad, se dirige a mujeres entre 50 y 69 años.
- ❖ El cáncer de pulmón se concentra en hombres con una incidencia ajustada a la población europea estándar de 72 casos por 100.000 habitantes y año.
- ❖ La tasa de mortalidad ajustada por edad por cáncer se ha reducido en los últimos 4 años de 162 a 156 fallecimientos por cada mil habitantes y año, duplicando la de los hombres a la de las mujeres. Las principales causas de mortalidad corresponden al cáncer de pulmón, colon y próstata en hombres y al cáncer de mama y colon en mujeres.
- ❖ El peso relativo de la morbilidad atendida por cáncer es menor en la Región de Murcia que en el conjunto de España. El cáncer representa el 8,6% de los ingresos en España y un 7,2% en la Región de Murcia. Esta situación de menor presencia del cáncer es especialmente significativa en los tumores de pulmón, colon, mama, próstata y vejiga.
- ❖ Estos resultados favorables contrastan con una mortalidad ajustada por edad que prácticamente es idéntica en España y la Región de Murcia, tanto para el conjunto del cáncer, como para los cánceres de pulmón, colon y mama. Todos estos datos confirman que la menor morbilidad por cáncer en la Región está relacionada con una población más joven.
- ❖ Si bien la prevención oportunista del cáncer de cuello de útero es una práctica habitual del sistema sanitario de la Región, la recomendación actual es transformarlo en un programa organizado que permita su universalización.
- ❖ Todo paciente con sospecha clínica fundada de cáncer debe tener acceso, en un tiempo razonable, a una prueba que confirme o descarte la patología, en un centro sanitario. Este proceso de confirmación deberá ser efectuado mediante circuitos prioritarios de acceso a las pruebas diagnósticas.
- ❖ Todo paciente que deba recibir tratamiento de su tumor deberá ser tratado dentro de un intervalo de tiempo de referencia, que variará en función del tipo de tumor y de los distintos tipos de tratamientos propuestos: tratamiento quirúrgico, quimioterapia y radioterapia.
- ❖ Los cuidados paliativos mejoran la atención y la calidad de vida de los pacientes terminales y la de sus familias, garantizando el respeto a su dignidad y autonomía, y ofreciendo un marco de referencia ante posibles conflictos éticos que puedan surgir al final de la vida. El 60% de los pacientes que fallece por una enfermedad oncológica es susceptible de recibir Cuidados Paliativos.

Propósito

- ❖ Garantizar la generalización de los programas de prevención secundaria del cáncer con estándares de calidad, en aquellos casos en los que exista la suficiente evidencia científica de su eficacia.
- ❖ Consolidar los programas de detección precoz del cáncer.
- ❖ Promover la evaluación del riesgo individual y familiar de cáncer desarrollando programas de seguimiento en personas con riesgo elevado.
- ❖ Consolidar los equipos multidisciplinares de asistencia al cáncer existentes y crear otros nuevos en los hospitales donde sea necesario, con el objeto de atender de forma integral y resolutive los diferentes tipos de cáncer.
- ❖ Optimizar los procesos de diagnóstico y tratamiento del cáncer mediante la dotación de recursos y el diseño, implantación y evaluación de vías clínicas de forma consensuada y coordinada en los diferentes niveles asistenciales.

- ❖ Potenciar los sistemas de información transversales que permitan el conocimiento y evaluación de todas las actuaciones clínicas oncológicas.
- ❖ Asegurar una mejor calidad de vida a los pacientes y familiares, mediante cuidados paliativos y apoyo psicosocial.
- ❖ Diseñar e implantar un sistema de información específico sobre cáncer como elemento básico para conocer la magnitud

del problema del cáncer y evaluar la eficacia de las intervenciones preventivas o asistenciales. Promover el desarrollo de los Registros de Cáncer Hospitalarios y reforzar el Registro de Cáncer de la Región para actualizar continuamente sus registros.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad relacionadas con el cáncer incorporadas en la línea de actuación de Estilos de Vida.					
Sistematizar las actividades para la prevención del cáncer de útero a través de un programa de prevención secundaria de base comunitaria.	Diagnóstico precoz		Sanidad SMS	2010	2011
Universalizar el programa de prevención del cáncer de colon y recto en hombres y mujeres de riesgo medio (entre 50 y 69 años).	Diagnóstico precoz	Refuerzo del programa actual	Sanidad SMS	2009	2012
Elaboración e implantación de protocolos y vías clínicas, para la evaluación y el seguimiento de las personas con riesgo elevado y alto riesgo de cáncer.	Diagnóstico precoz		Sanidad SMS	2009	2015
Definición y puesta en marcha de una red regional de unidades para la evaluación y seguimiento de personas con riesgo elevado de padecer cáncer incluido el cáncer hereditario.	Diagnóstico precoz		Sanidad SMS	2009	2012
Definición y puesta en marcha de un mapa regional de centros y equipos multidisciplinares e integrados para el tratamiento del cáncer basado en protocolos y vías clínicas.	Tratamiento		Sanidad SMS	2009	2012
Optimizar la asistencia al cáncer ¹ reduciendo el tiempo de diagnóstico ² y el tiempo de inicio de tratamiento ³ .	Tratamiento		Sanidad SMS	2009	2012
Definir e implantar un sistema de información y registro que permita evaluar la efectividad y calidad en la asistencia a la enfermedad, vinculado con el Registro Poblacional del Cáncer.	Sistemas de información	Desarrollo del modelo de registro y explotación de datos	Sanidad SMS	2009	2012
Asegurar la mejor calidad de vida a los pacientes y familiares, mediante los cuidados paliativos y el apoyo psicosocial adecuado	Coordinación entre niveles asistenciales		Sanidad SMS	2009	2012

1 Cáncer de mama, colon y recto, próstata, pulmón, cervix y melanoma.

2 Desde la sospecha de la enfermedad hasta la confirmación morfológica.

3 Desde la confirmación morfológica hasta la aplicación del primer tratamiento.

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
% de casos de cáncer evaluados en el seno de un Comité de Tumores.		25%	40%	50%
Tiempo de registro de casos nuevos en el Registro del Cáncer poblacional (desde año de diagnóstico a año de registro).			2 años	2 años
Tiempo confirmación diagnóstica en programas de cribado.		15 días	15 días	15 días
Tiempo confirmación diagnóstica ante sospecha clínica fundada de cáncer de pulmón, colon, mama, próstata y cérvix.		30 días	30 días	30 días
Tiempo medio de inicio de tratamiento: desde la fecha de confirmación morfológica a inicio de tratamiento quirúrgico, quimioterápico o radioterápico, de cáncer de pulmón, colon, mama próstata y cérvix.		30 días	30 días	30 días
% de pacientes fallecidos por cáncer que han recibido cuidados paliativos.		25%	40%	60%

6.4.2.2/ ENFERMEDADES CARDIO- VASCULARES /

Justificación y condicionantes

❖ La mortalidad por enfermedades cardiovasculares ajustada por edad es, en la Región, de 183 fallecimientos por cada 100.000 habitantes y año, un 16% superior a la de España. Destacan las muertes por enfermedad hipertensiva, enfermedad cerebrovascular y aterosclerosis.

❖ Las enfermedades del aparato circulatorio generan casi 1.300 ingresos por cada 100.000 habitantes y año, concentrándose la mitad de ellos en 3 problemas: la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardíaca y la enfermedad cerebrovascular.

❖ El tabaco, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, el sedentarismo, la obesidad y la diabetes mellitus son los principales factores de riesgo de las enfermedades del aparato circulatorio.

❖ El impacto de esta enfermedad está directamente relacionado con el consumo de tabaco en la población. A pesar de la reducción del porcentaje de fumadores en los últimos años, el 29% de la población adulta de la Región sigue fumando, una tasa que supera en un 3% a la media española, siendo fumadores en el año 2006 el 36% de los hombres y el 23% de las mujeres.

❖ Otros factores que intervienen en el riesgo vascular, como la obesidad y el sedentarismo, también inciden de una forma especial en la Región, con tasas muy superiores al resto de España.

Propósito

❖ Actuar sobre el diagnóstico precoz, tratamientos, prevención secundaria y rehabilitación de los pacientes con patologías cardiovasculares.

❖ Reducir la mortalidad y morbilidad de los pacientes con patología cardiovascular.

❖ Asegurar los estándares de calidad y la equidad en el acceso a los tratamientos de la patología cardiovascular. Asegurar la adecuación de los tiempos de atención.

❖ Asegurar el seguimiento coordinado entre los niveles asistenciales.

❖ Favorecer la rehabilitación y reinserción social de los pacientes con esta patología.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dirigidas a disminuir el tabaquismo, la obesidad y aumentar la actividad física, incorporadas en la línea de actuación de Estilos de Vida.					
Calcular y valorar el riesgo cardiovascular a las personas a las que se les haya detectado algún factor de riesgo cardiovascular, y que aún no han desarrollado síntomas de enfermedad, ofreciéndoles las intervenciones preventivas y terapéuticas que precisen para controlar los factores de riesgo y reducir su riesgo cardiovascular.	Prevención		SMS	2009	2015
Reducir la demora de tiempo de atención en la fase aguda de cardiopatía isquémica e ictus, mediante la elaboración de protocolos de actuación común en toda la red asistencial urgente, EAP, SUAP, UME y servicios hospitalarios.	Tratamiento		SMS	2009	2012
Diseñar un sistema de monitorización de calidad en el manejo de la cardiopatía isquémica que incluya la existencia de un sistema de clasificación de pacientes y el tiempo hasta la revascularización (con fibrinolíticos o angioplastia primaria).	Sistemas de información		SMS	2009	2012
Proporcionar a los pacientes con enfermedad cardiovascular crónica un tratamiento integral más adecuado: dietético, de ejercicio o actividad física, farmacológico, psicológico y de apoyo social.	Tratamiento		SMS	2009	2012
Realizar la valoración precoz de la discapacidad generada por estas enfermedades e implantación de medidas de rehabilitación y apoyo social, que garanticen la integración en el entorno de vida habitual del paciente.	Rehabilitación		SMS Política social	2011	2015
Elaboración de protocolos de atención a los pacientes con ictus, según las recomendaciones de las guías clínicas.	Diagnóstico y tratamiento		SMS	2009	2015

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
% de personas mayores de 40 años con evaluación del riesgo cardiovascular en OMI.		55%	60%	65%
% de pacientes con hipertensión arterial controlada en AP		50%	55%	60%
% de Centros de Salud y Hospitales con protocolo de ictus implantado.		50%	100%	100%
% de Centros de Salud y Hospitales con protocolo de cardiopatía isquémica implantado.		50%	100%	100%

- ❖ Mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares.

6.4.2.3/

SALUD MENTAL

Justificación y condicionantes

❖ Las enfermedades mentales son uno de los principales problemas de salud por su alta prevalencia, la discapacidad que provocan, la carga social y económica que generan y por los servicios sanitarios que requiere su atención.

❖ Los datos europeos señalan que entre el 1 y el 6% de la población padece problemas psiquiátricos graves aunque, en la mayoría de los países, esas tasas se sitúan entre el 1 y el 3%. El Eurobarómetro 2002 concluye que la prevalencia de casos probables de trastornos mentales comunes en Europa se sitúan en el 23,4% de la población adulta. En España, un 19,4% había presentado algún trastorno mental a lo largo de su vida y un 8,5% en los últimos 12 meses.

❖ En la Región de Murcia en 2006, las enfermedades mentales generaron 296 ingresos por 100.000 habitantes y año, una cifra casi un 15% superior a la Española (259); 248 ingresos por cada 100.000 habitantes en mujeres y 342 en hombres, una diferencia muy parecida a la española; lo que hace suponer que las formas severas, especialmente la esquizofrenia, sean más frecuentes en hombres. Por otro lado, diversos estudios epidemiológicos ponen de manifiesto que la enfermedad mental, y especialmente la depresión, afecta más a las mujeres.

❖ Según la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999, entre los 6 y 65 años un 1,1% de la población regional padece problemas de salud mental, en España sólo el 0,8%, lo que supone un diferencial del 35%, con diferencias muy pequeñas por sexos. En población con edades superiores a los 65 años, la tasa es de 5,8% en la Región y de 3,5% en España. De nuevo se pone de manifiesto el impacto de los problemas de salud mental en la Región.

❖ Todos estos datos no hacen sino confirmar la relevancia de la salud mental en la sociedad y en la vida de las personas, adquiriendo una especial importancia en la Región de Murcia por su alta prevalencia.

Propósito

❖ Puesta en marcha del IV Plan de Salud Mental y Drogodependencias de la Región de Murcia, para avanzar hacia una cobertura integral de la enfermedad mental y la drogadicción.

Asegurar el cumplimiento de los diferentes programas asistenciales de salud mental (infanto-juvenil, adultos y psicogeriatría, drogas, rehabilitación) que están incorporados en éste, especialmente en grupos de exclusión y patologías emergentes (trastornos de personalidad, situación de violencia de género detectada en salud mental, patología dual).

❖ Actuar sobre el diagnóstico precoz, disminuyendo la prevalencia, morbilidad y repercusión psicosocial de las enfermedades mentales y drogodependencias.

❖ Actuar sobre el tratamiento y rehabilitación de las enfermedades mentales y drogodependencias, mejorando los estándares de calidad y disminuyendo la repercusión psicosocial.

❖ Disminuir la mortalidad por suicidio en enfermos mentales y drogodependientes.

❖ Asegurar el seguimiento coordinado entre niveles sociosanitarios (educación, servicios sociales...).

❖ Promover la implicación del enfermo y de su familia en el proceso de su enfermedad.

❖ Erradicar el estigma asociado a las personas con trastorno mental.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad relacionadas con la salud mental incorporadas en la línea de actuación de Estilos de Vida.					
Implantación del Plan de Salud Mental y drogodependencias en toda la Región.	Fortalecimiento del sistema sanitario		SMS	2009	2012
Asegurar y mejorar el tratamiento en la fase aguda de la enfermedad mental y drogodependencia.	Fortalecimiento del sistema sanitario		SMS	2009	2011
Desarrollo de programas de rehabilitación específicos.	Rehabilitación		SMS Política social ONGs	2009	2013
Valoración del riesgo suicida en todos los dispositivos de Salud Mental.	Prevención	Formación continuada	Salud mental Atención Primaria	2009	2013
Asegurar la continuidad de cuidados asistenciales y a la dependencia.	Fortalecimiento del sistema sanitario y Asistencial	Recursos humanos	SMS Política social (IMAS)	2009	2015
Aumentar el nº de intervenciones familiares en la patología mental grave (incluyendo patología dual y trastornos de personalidad graves).	Asistencial	Educación	SMS Política social	2009	2015
Conocer y analizar la prevalencia de las enfermedades mentales en la Región de Murcia y sus determinantes para la identificación de áreas de intervención prioritarias.	Fortalecimiento del sistema sanitario		Salud mental Sanidad	2010	2011
Campañas de información y sensibilización con el fin de evitar actitudes de rechazo (estigmatización) del enfermo mental y drogodependiente.	Divulgación Fortalecimiento del sistema sanitario	Campañas de comunicación	Sanidad Política social	2009	2015

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
Implantación del Plan de Salud Mental y Drogodependencias.		80%		100%
Disminuir la tasa de reingresos (≤ 30 días) en las Unidades de Hospitalización de Agudos para la Psicosis (GRD 430) (8,9% en 2008).			6%	5%
Creación de Unidad de hospitalización infanto-juvenil.				Creada
% de áreas de salud con programas de rehabilitación implantados.		50%	75%	100%
Implantación del proceso de continuidad de cuidados a toda la Red de Salud Mental.		50%	75%	100%
Nº intervenciones familiares.				Aumentar 50%
Nº de estudios epidemiológicos en Salud Mental.				1
Nº de acciones realizadas contra el estigma.				Aumentar 50%

6.4.2.4/ ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA /

Justificación y condicionantes

❖ Las enfermedades respiratorias son un problema de salud por su alta prevalencia, carga de morbilidad, mortalidad y el impacto socioeconómico que generan. Entre todas éstas, destacan en importancia la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma.

❖ En la Región, la mortalidad por enfermedades respiratorias ajustada por edad se sitúa entre 60 y 70 por 100.000 habitantes y año, superando en un 18% la cifra del conjunto de la España. Además, causan unos 1.000 ingresos por cada 100.000 habitantes y año, una cifra algo inferior a la de España. Tanto la morbilidad como la mortalidad de la población presentan importantes diferencias por género, siendo un problema que afecta especialmente a los hombres (frecuentación de 1.023 versus 822 y mortalidad 91 versus 37 en el año 2006).

❖ En España se estima que entre un 9% y un 10% de la población adulta de más de 40 años padece EPOC, y que más del 70% permanece sin diagnosticar. Según la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria de 2005, las altas por EPOC supusieron el 6,5% del total de ingresos hospitalarios. El diagnóstico precoz del paciente asmático y un tratamiento adecuado en función del grado de severidad de la enfermedad han mejorado mucho el pronóstico de la enfermedad respiratoria en los últimos años. Es imprescindible mantener este esfuerzo y complementarlo

con la educación del paciente asmático, para implicarlo en el manejo de su enfermedad, en la detección de las reagudizaciones, para reforzar el tratamiento en la fase inicial y reducir las exacerbaciones de la enfermedad.

❖ La Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud y el Proyecto EMCA-OMS de “Rediseño global de los cuidados de salud en enfermedades crónicas: EPOC” coinciden en priorizar las actuaciones destinadas a reducir el consumo de tabaco (prevención primaria) y a mejorar el infradiagnóstico e infratratamiento (prevención secundaria) existente, cercano al 80% según el estudio IBERPOC.

Propósito

❖ Potenciar la prevención primaria mediante actividades dirigidas a evitar y reducir el consumo de tabaco.

❖ Reforzar el diagnóstico precoz de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los enfermos con EPOC.

❖ Desarrollar, implantar y evaluar los protocolos de Atención a personas con EPOC y asma infantil o adulto.

❖ Mejorar la calidad de vida del paciente asmático y reforzar los sistemas de estabilización de la enfermedad, para reducir la morbi-mortalidad que genera.

❖ Formar y capacitar al paciente en el manejo de su enfermedad, con especial dedicación a la calidad ambiental y al refuerzo del tratamiento en la fase inicial de las reagudizaciones.

❖ Desarrollar la coordinación de la asistencia sociosanitaria del paciente con EPOC en estadios evolucionados de la enfermedad.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Actividades frente al consumo de tabaco incluidas en las intervenciones sobre estilos de vida					
Mejorar el diagnóstico precoz de la enfermedad respiratoria y su manejo terapéutico con especial implicación de la Atención Primaria (detección precoz de la EPOC dirigida a personas mayores de 40 años que presenten historia de tabaquismo actual o pasada, superior a 10 paquetes/año, durante 10 años).	Prevención		SMS	2009	2012
Diseño e implantación de protocolos y vías clínicas para al abordaje del EPOC y asma de una forma integral que garantice la continuidad de cuidados.	Tratamiento		SMS	2009	2010
Fomento del autocuidado de los pacientes con EPOC y asma mediante intervenciones de educación sanitarias y medidas de control ambiental.	Educación para la salud		SMS	2009	2010

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
Personas mayores de 40 años con historia de tabaquismo actual o pasada, superior a 10 paquetes/año durante 10 años, registrados en Atención Primaria con espirometría realizada.		>60%	>70%	>80%
Frecuentación (nº de ingresos hospitalarios por 1.000 habitantes) por reagudización de la EPOC la enfermedad.	< 1,80	< 1,70	< 1,60	< 1,50
% de reingresos hospitalarios de la población con EPOC, por reagudización de la enfermedad.	< 17%	< 16%	< 15%	< 14%
Frecuentación (nº de ingresos hospitalarios por 1.000 habitantes) por reagudización de asma en mayores de 14 años.	< 0,45	< 0,43	< 0,41	< 0,40
% de reingresos hospitalarios de la población de más de 14 años con asma, por reagudización de la enfermedad.	< 10 %	< 9%	< 8%	< 8%

6.4.2.5/ DIABETES MELLITUS /

Justificación y condicionantes

❖ La Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud y el Plan Integral de Atención al Diabético 2005-2009 de la Región de Murcia, dejan patente que la diabetes sigue siendo un problema de salud creciente y de abordaje prioritario.

❖ El Programa DINO describió una prevalencia de la enfermedad del 11% (7,8% diagnosticada y el resto desconocida) en la población de la Región de 20 años o más, un dato alarmante que se agrava por su condición de factor de riesgo vascular. Además, la Calidad de Vida Relacionada con la Salud media de las personas diabéticas de la Región está por debajo de la media de la población general con alguna condición médica crónica (Proyecto Calidad de Vida y Salud). A pesar de todo esto, la mortalidad ajustada por edad en diabetes mantiene una tendencia descendente. En el caso de la Región, esta realidad es especialmente evidente y la tasa de mortalidad se ha igualado con la española. No obstante, los datos relacionados con la prevención y la mejora en el control de la enfermedad, así como el "Rediseño global de los cuidados de salud en diabetes tipo 2" (Proyecto EMCA-OMS), muestran resultados favorables que ponen de manifiesto el esfuerzo combinado de pacientes y profesionales.

❖ La diabetes genera en la Región de Murcia casi 100 internamientos por cada 100.000 habitantes y año, una cifra casi un 25% superior a la media española. Es una enfermedad claramente vinculada al riesgo vascular y directamente relacionada con el impacto de la enfermedad cardiovascular y con la insuficiencia renal crónica, que son tratadas en otros capítulos de este Plan de Salud.

Propósito

❖ Potenciar la prevención primaria mediante actividades dirigidas a mejorar los estilos de vida.

❖ Aumentar la detección precoz de la diabetes en la población de riesgo.

❖ Disminuir el impacto de la diabetes en la morbilidad y mortalidad de la población.

❖ Mejorar el control de la enfermedad mediante la coordinación de los profesionales, reforzado por una promoción de la implicación del paciente en el manejo de su enfermedad.

❖ Reducir la tasa de complicaciones vinculadas a la diabetes que impactan de una forma determinante en la calidad de vida y en la discapacidad de la población afectada por la enfermedad.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Actividades de promoción de salud y prevención de la diabetes (alimentación, ejercicio físico, consumo de tabaco y consumo de alcohol) incluidas en la línea de intervención sobre estilos de vida.					
Implantar protocolos y vías clínicas para un abordaje integrado de la enfermedad entre Atención Primaria y Atención Especializada, reduciendo la variabilidad de la práctica clínica e implicando al paciente en el manejo de su enfermedad.	Tratamiento	Implantación de retinógrafos no midriáticos para valorar fondo de ojo desde AP	SMS	2009	2012
Disminuir los ingresos por complicaciones agudas y crónicas de los pacientes diabéticos actuando específicamente sobre la incidencia de amputaciones no traumáticas, infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal en diabéticos.	Tratamiento	CMBD	SMS	2009	2015
<p>Promover la educación en el manejo de la diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Reforzar la educación sanitaria del paciente diabético considerando sus diferencias lingüísticas y culturales. ❖ Reforzar los conocimientos de los profesionales en educación diabetológica. ❖ Establecer acuerdos de colaboración con asociaciones de diabéticos y Consejería de Educación, para mejorar la formación en diabetes. 	Fortalecimiento del sistema-equidad	RRHH-Mediadores culturales	SMS	2009	2010

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
Aumentar el número de diabéticos diagnosticados acercándose a la prevalencia observada por encima de los 20 años del 11%.	9%	10%	11%	
% de pacientes diagnosticados de diabetes con determinación anual de HbA1c.	7,6%	25%	40%	50%
Incrementar el % pacientes con HbA1c inferior a 7 en el último control.	57%	60%	62%	65%
Número de amputaciones no traumáticas en población diabética mayor de 14 años.	< 250	< 230	< 210	< 200
Tasa de ingresos por complicaciones agudas y crónicas en población diabética mayor de 14 años.	< 0,30	< 0,28	< 0,26	< 0,25

6.4.2.6/ ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Justificación y condicionantes

❖ Aunque las enfermedades infecciosas de mayor impacto en la población se han estabilizado en los últimos años, todavía son un importante problema de salud, causando casi 200 internamientos por cada 100.000 habitantes y año.

❖ Las enfermedades infecciosas cubiertas por el calendario vacunal han tenido una incidencia muy baja en los últimos años. Destaca la caída en el número de nuevos casos de sarampión, tosferina y parotiditis como consecuencia de la acertada política de vacunaciones de la Región. Sin embargo, aún hay tres enfermedades infecciosas a las que debemos estar muy atentos: el VIH, la tuberculosis y las hepatitis víricas.

❖ En relación al VIH, en los últimos 4 años se han declarado entre 40 y 45 casos nuevos de SIDA por cada 1.000.000 habitantes, en línea con el resto de España, aunque la morbilidad atendida en el sistema sanitario público por infección por VIH es un 10% inferior a la media de España. La principal estrategia para el control de la epidemia de VIH es la prevención de la transmisión mediante la promoción de hábitos y conductas saludables. La eficacia del tratamiento antirretroviral ha conseguido que las personas infectadas tengan una supervivencia similar a la población general. Esto ha supuesto un cambio en el manejo de esta patología, siendo esencial el diagnóstico precoz de la infección.

❖ La incidencia de TBC se mantiene estable en los últimos años, aunque se observa un incremento en la población inmigrante y otros grupos de riesgo. También han aparecido casos resistentes y multirresistentes que están complicando mucho la atención a esta enfermedad.

❖ Las consecuencias crónicas de la infección por virus de hepatitis C (VHC) y virus de hepatitis B (VHB), la cirrosis y el cáncer hepático, hacen que en España estas infecciones, especialmente la de VHC, sean la principal causa de mortalidad por enfermedades transmisibles. Se estima que sólo el 25% de los infectados están diagnosticados y no todos los que cumplen criterios terapéuticos acceden a los tratamientos disponibles para evitar que la infección crónica genere una cirrosis o un cáncer hepático.

Propósito

❖ Promover hábitos y habilidades para la protección de la salud en relación con el VIH/SIDA para prevenir las nuevas infecciones.

❖ Potenciar la vigilancia epidemiológica centinela de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH, así como de conductas de riesgo para VIH que permitan anticipar el futuro en términos de transmisión del VIH.

❖ Implantar un Sistema de Información de Nuevos Diagnósticos de infección por VIH que permita conocer el patrón de infección actual y, junto a la vigilancia del SIDA, la planificación de recursos y evaluación de la efectividad de las medidas adoptadas.

❖ Elaborar e implantar un protocolo para ofrecer de forma sistemática la prueba del VIH a personas con manifestaciones clínicas centinela, aunque no presenten prácticas de riesgo fácilmente reconocibles.

❖ Mejorar la atención sanitaria integral de las personas infectadas por el VIH mediante guías operativas con pautas de seguimiento y tratamiento integral, para aplicar de forma homogénea en todas las áreas de salud, incluyendo el tratamiento de la infección, el manejo de las complicaciones derivadas y el acceso a otros servicios con creciente demanda entre las personas infectadas.

❖ Desarrollar políticas de colaboración interinstitucional, interdisciplinar y participación ciudadana, reforzando el liderazgo de la Consejería de Sanidad y Consumo en la coordinación de actividades relacionadas con la prevención del VIH y la atención a las personas infectadas.

❖ Disminuir la incidencia de tuberculosis, especialmente en grupos de riesgo, y mejorar el control de la enfermedad mediante la detección precoz de la enfermedad, el tratamiento y la protección de contactos, promoviendo la coordinación entre atención primaria y especializada. Evitar pérdidas en el tratamiento de la enfermedad, especialmente en enfermos con riesgo de exclusión social, reforzando las actividades de seguimiento y comprobando la finalización del mismo y evitando resistencias por abandono.

❖ Prevenir el contagio de nuevas hepatitis virales, fomentando hábitos para la protección de la salud en relación con las hepatitis C y B, con especial énfasis en la prevención de la transmisión nosocomial y la sexual.

❖ Potenciar el diagnóstico temprano de las hepatitis víricas.

❖ Asegurar el acceso de todos los afectados de hepatitis crónica al tratamiento adecuado. Elaboración de una guía operativa con pautas de seguimiento de los pacientes infectados que asegure la oferta de tratamiento y cuidados a todos aquellos que cumplen los criterios terapéuticos.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedades infecciosas incorporadas en la línea de actuación de Estilos de Vida.					
Implantar un Sistema de Información de nuevos diagnósticos de infección por VIH con cobertura poblacional.	Sistemas de información		Sanidad	2009	2010
Elaborar e implantar en Atención Primaria un protocolo para ofertar de forma sistemática la realización de la prueba del VIH a personas con manifestaciones clínicas centinela.	Diagnóstico		SMS	2009	2015
Elaborar guías operativas para la atención integral de las personas infectadas por VIH e incorporando en su ámbito de actuación todas las necesidades asistenciales, terapéuticas y de rehabilitación de la enfermedad.	Tratamiento		SMS Política social	2009	2010
Establecer mecanismos de cooperación entre servicios asistenciales e instituciones y organizaciones ciudadanas para reforzar la asistencia sociosanitaria de los pacientes con VIH.	Fortalecimiento del sistema sanitario		Sanidad Política social	2009	2015
Asegurar el tratamiento completo en los todos los casos de TBC, realizando un seguimiento de la adherencia al tratamiento en colaboración con asistencia social.	Tratamiento		SMS Ayuntamientos	2009	2011
Realizar estudio de contactos en todos los pacientes bacilíferos.	Diagnóstico precoz		Sanidad	2009	2011
Proponer y controlar medidas de profilaxis antibacilar en personas infectadas de TBC especialmente en grupos de riesgo.	Prevención		SMS	2009	2011
Reforzar el control de las conductas de riesgo de transmisión del VIH, hepatitis virales C y B, y de otras enfermedades de transmisión sexual, con especial énfasis en colectivos en exclusión social	Promoción de la salud		Servicios de Medicina Preventiva de los Hospitales Servicio promoción y Educación para la salud	2009	2011
Elaboración e implantación de un protocolo para realizar la serología de hepatitis B y C a las personas con clínica o analítica sugestiva de alteración hepática.	Diagnóstico precoz		SMS	2009	2010
Elaborar una vía clínica con pautas de seguimiento de los infectados por hepatitis B y C que asegure la oferta del tratamiento a todos aquellos que cumplen criterios terapéuticos.	Prevención Tratamiento		SMS	2009	2010

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
% de nuevos diagnósticos de infección por VIH con un nivel de CD4 inferior a 200/μl y entre 200-350/μl al diagnóstico, por sexo y categoría de transmisión.	desconocido			
Prevalencia de VIH en madres de recién nacidos vivos (casos/1000 nacidos vivos).	0,7	0,6	0,5	0,4
% de centros de atención primaria con protocolo para indicación de la prueba VIH implantado..	0%	50%	75%	100%
% de pacientes bacilíferos a los que se les ha realizado estudio de contactos.	74%	85%	95%	100%
Realizar estudio de sensibilidad en todos los cultivos positivos para <i>Micobacterium tuberculosis</i> (89% de cultivos + con estudio sensibilidad en 2007).	95%	100%		
Mejorar la adherencia al tratamiento a la TBC y el porcentaje de casos con resultado satisfactorio (92% casos con resultado satisfactorio en 2007).	95%	100%		
% de zonas de salud con protocolo diagnóstico de hepatitis B y C implantado.		100%		
% de centros de salud con protocolo de pauta de seguimiento terapéutico de hepatitis B y C implantado.		100%		

6.4.2.7/ DEMENCIAS /

Justificación y condicionantes

❖ El incremento de la población envejecida ha provocado la aparición de enfermedades ligadas a la edad, sobre todo las que provocan pérdidas físicas y mentales. Entre estas enfermedades, las demencias despiertan gran interés y preocupación sanitaria, ya que, aparte de ser causa de incapacidad y muerte, provocan unos gastos sociosanitarios muy elevados y difíciles de asumir.

❖ En la Región de Murcia, aproximadamente 10.050 personas mayores de 64 años padecen demencia, de las cuales 8.250 sufren Alzheimer y demencia mixta y 7.350 deterioro cognitivo leve.

❖ La Fundación Alzheimer, a la vista de las opiniones de los diferentes expertos, ha realizado un estudio sobre el desarrollo de esta enfermedad en España en el decenio 2010-2020, en el que plantea tres conclusiones desalentadoras:

❖ Se estima que el número de casos diagnosticados en España aumentará de 600.000 a 1.000.000 de enfermos entre 2010 y 2020.

❖ Se producirá una reducción de cuidadores, especialmente por los cambios en las estructuras familiares, la disminución de jóvenes y el trabajo de los miembros de la familia. Este cambio sociológico va a provocar un aumento del número de enfermos sin familiares cuidadores.

❖ No es previsible que el desarrollo científico vaya a proporcionar tratamientos que disminuyan el número de enfermos, ni la severidad de la enfermedad.

❖ En cambio, se prevé un mayor desarrollo de la estructura de asistencia y apoyo social a la atención del deterioro cognitivo, lo que de alguna forma modificará la carga de enfermedad para los cuidadores de estos enfermos.

❖ Directamente relacionado con la demencia en las personas mayores, conviene analizar la incidencia de la discapacidad. La discapacidad total en personas de 65 a 79 años afecta al 12,4% de la población en la Región de Murcia y esta cifra sube al 42,7% para los mayores 80 años, según datos de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 2008 del INE.

❖ Todos estos datos alertan de una situación preocupante que exige una acción coordinada del conjunto del Gobierno de la Región, dado su impacto intersectorial, para anticiparse a los problemas, actuando desde la prevención y desde la cobertura asistencial y social de una forma integrada.

Propósito

❖ Creación de un Programa Regional Integral de Atención Sociosanitaria al deterioro cognitivo y demencias.

❖ Potenciar y fomentar el diagnóstico precoz del deterioro cognitivo y las demencias.

❖ Reforzar y asegurar el cumplimiento de los programas asistenciales al deterioro cognitivo y demencias (en Atención Pri-

maría, Neurología, Salud Mental y Política Social) establecidos actualmente y especialmente en grupos de exclusión.

- ❖ Asegurar la equidad y el acceso al diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo y demencias en los tiempos de atención, registro y seguimiento coordinado entre los diferentes niveles asistenciales.

- ❖ Potenciar los programas de rehabilitación y apoyo al paciente, cuidadores y familias; implicando al enfermo mientras sus facultades lo permitan.

- ❖ Incrementar la implicación de los profesionales sanitarios en la prevención, tratamiento y continuidad de cuidados de los pacientes con deterioro cognitivo y demencias.

- ❖ Mejorar y asegurar la coordinación entre las diferentes instituciones encargadas de los pacientes que presentan deterioro cognitivo y demencias desde el punto de vista integral, asegurando la continuidad de los cuidados.

- ❖ Prevenir los riesgos de deterioro personal, marginalidad e institucionalización de los pacientes con deterioro cognitivo y demencias, tratando de erradicar el estigma de la enfermedad.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Elaboración e implantación de un Programa Regional Integral de Atención Sociosanitaria al deterioro cognitivo y demencias.	Fortalecimiento del sistema sanitario		Sanidad Política social	2009	2012
Elaboración de un protocolo asistencial de atención al diagnóstico, tratamiento y seguimiento del deterioro cognitivo/demencia desde la Red Asistencial del SMS y en colaboración con los servicios sociosanitarios.	Fortalecimiento del sistema sanitario		Sanidad SMS	2009	2011
Elaborar un catálogo de recursos comunitarios y establecer las medidas de apoyo a los cuidadores y familiares.	Fortalecimiento del sistema sanitario	Económicos	SMS Política ONGs	2009	2015
Impulsar la investigación (especialmente estudios epidemiológicos), formación y proyectos vinculados con las demencias.	Incorporado en línea de actuación 5 de "fortalecimiento del sistema sanitario"	-	-	-	-

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
Grado de implantación del Programa Regional de Atención Socio-sanitaria al deterioro cognitivo y demencias.				100%
Elaboración de un protocolo asistencial de atención al deterioro cognitivo y demencia, en la Red Asistencial del SMS en colaboración con Política Social.		Diseño	Implantación del protocolo en dos áreas de salud	Implantado en todas las áreas de salud. Evaluado en dos Áreas de salud.
Nº de actividades informativas y de sensibilización destinadas a profesionales, cuidadores, familiares y sociedad en general.		2	2	2

6.4.2.8/ ENFERMEDADES RARAS /

Justificación y condicionantes

❖ Las enfermedades raras (ER) constituyen un grupo de patologías de escasa incidencia, pero que generan una gran carga de discapacidad mental y física. Suponen un reto por su complejidad etiológica, diagnóstica y pronóstica, así como por la necesidad de un abordaje multidisciplinario para mejorar la calidad de las intervenciones y resultados.

❖ Aisladamente son poco frecuentes, pero en conjunto tienen una prevalencia bastante elevada. Las personas afectadas por ER representan entre el 6% y el 8% de la población de los países desarrollados.

❖ Las enfermedades poco comunes necesitan un modelo de intervención sanitaria distinto al de las enfermedades más frecuentes. Dado que el abordaje específico para cada una de las 5.000 enfermedades raras es inviable, es necesario un enfoque global para enfrentarse a los retos que estas patologías plantean al sistema sanitario.

❖ Las enfermedades raras son una prioridad del Programa de Acción Comunitaria en el Ámbito de la Salud (2008-2013) de la Unión Europea. En España el Senado propuso en 2007 la puesta en marcha de un Plan de Acción para las ER en el conjunto de la nación, que ha llevado al Ministerio de Sanidad y Política Social a establecer una Estrategia en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud.

❖ La Asamblea Regional de la Región de Murcia aprobó en 2008 una moción en la que insta al Gobierno Regional a crear un registro específico de enfermedades raras y de baja prevalencia como punto de partida para dar una respuesta correcta a las personas afectadas.

❖ El análisis de la morbilidad hospitalaria, a partir de la información disponible en el Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria de la Región de Murcia durante el periodo 2002-2007, ha permitido conocer la carga asistencial hospitalaria de las ER. El promedio anual de altas con algún diagnóstico de ER asciende a 6.250 (4,5% del total de altas), con una estancia media de 11,71 días, frente a una media de 7,9 días de estancia para el conjunto de las altas. Para las altas con una ER como diagnóstico principal, la media anual es de 2.015 episodios (1,5% de todas las altas), con un promedio de 9,2 días de estancia.

Propósito

❖ Desarrollar un sistema de información sobre las Enfermedades Raras y obtener, a partir de los Registros Clínico-Sanitarios existentes y otros procedimientos directos, información sobre ER que permita definir la población afectada y sus características clínicas, epidemiológicas y sociales.

❖ Garantizar una adecuada atención sanitaria que incluya el asesoramiento genético, el diagnóstico y el tratamiento, incorporando la coordinación y cooperación entre los distintos niveles asistenciales.

❖ Aumentar el conocimiento de signos y síntomas de alarma en ER de los profesionales sanitarios.

❖ Potenciar la integración social de los pacientes afectados, incluyendo los sectores educativo, laboral y de servicios sociales.

❖ Proporcionar una asistencia integral socio-sanitaria que garantice la continuidad asistencial a las personas afectadas, brindando respuestas adaptadas a sus necesidades.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Establecer un sistema de información para identificar a la población afectada por ER a partir de los registros sanitarios existentes.	Sistemas de información		DGPOSFI	2009	2012
Diseña e implantar un protocolo general de asistencia a las ER que incorpore en su ámbito de actuación el itinerario asistencial, circuitos de derivación, asesoramiento genético y la facilitación de tratamientos, especialmente la rehabilitación.	Tratamiento		SMS	2009	2015
Diseño de un programa formativo en ER dirigido a profesionales sanitarios de AP y AE.	Fortalecimiento del sistema sanitario		DGPOSFI	2009	2015
Creación de unidades de referencia formadas por equipos multidisciplinares para la atención integral de las diferentes ER.	Fortalecimiento del sistema sanitario		SMS	2009	2015

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
Sistema de información sobre ER establecido.		Creado Inicio Im- plantación		Implantado
Protocolo de actuación conjunta para ER.			Elaborado	Implantado
% de profesionales de AP formados en el manejo de ER.		10%	30%	80%
Unidades de referencia.			1	2

6.4.2.9/ DOLOR CRÓNICO POR ENFERMEDADES MUSCU- LOESQUELÉTICAS /

Justificación y condicionantes

Las enfermedades musculoesqueléticas y el dolor crónico, como su manifestación sintomática más importante, constituyen el primer problema de salud percibido por la población. La Encuesta Nacional de Salud del 2006 sitúa estas dolencias entre las tres primeras declaradas, de manera que el 25,5% de la población regional manifestaron padecer dolor crónico lumbar, un 23,1% dolor de espalda crónico cervical y un 21,1% artrosis, artritis o reumatismo. Por otro lado, este grupo de enfermedades son las que, de manera general, más afectan a la calidad de vida de la población de la Región.

Constituyen uno de los principales motivos de asistencia en Atención Primaria y, con frecuencia, los tratamientos no consiguen buenos resultados, ni desde la perspectiva clínica ni de satisfacción de los pacientes. Adicionalmente, el dolor crónico impacta sobre todo en el ámbito laboral y en las prestaciones sociales, ya que genera una importante carga de incapacidad temporal y discapacidad.

A pesar de que es muy difícil identificar actuaciones realmente eficaces en la asistencia al dolor crónico musculoesquelético, es imprescindible mantener esta estrategia de intervención y orientarla a profundizar en sus causas y, sobre todo, vincularla al cambio de los estilos de vida, la promoción del ejercicio físico y la implicación del paciente con su enfermedad.

Propósito

Conocer las causas del dolor crónico musculoesquelético y los factores que en mayor medida influyen en la percepción del estado de salud de los pacientes que lo padecen.

- ❖ Reducir la incapacidad funcional generada por el dolor crónico.
- ❖ Mejorar la información al ciudadano y formar a los pacientes en el manejo de su enfermedad.
- ❖ Mejorar la percepción del estado de salud de los pacientes afectados de dolor crónico y enfermedades musculoesquelético.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Actividades de promoción de la salud relacionadas con el ejercicio físico, alimentación y equilibrio mental incorporadas en la línea de actuación de Estilos de Vida.	-	-	-	-	-
Realizar un estudio sobre el impacto del dolor crónico músculo esquelético en la población, su incidencia en la percepción del estado de salud y sobre los abordajes más eficaces para minimizar su efecto en la vida personal y laboral.	Promoción de la salud		Sanidad SMS	2010	2011
Desplegar un plan de formación para los pacientes afectados de esta enfermedad que combine iniciativas de promoción de la salud y manejo de analgésicos, con actividades presenciales y material divulgativo.	Promoción de la salud		SMS	2011	2015
Elaborar un protocolo de abordaje del paciente con dolor crónico musculoesquelético y reforzar el conocimiento de los profesionales en el manejo de este problema de salud.	Tratamiento Rehabilitación		SMS-AP	2011	2015

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
Estudio sobre el dolor crónico musculoesquelético en la Región de Murcia.		Informe elaborado		
Protocolo de actuación para el manejo del dolor crónico musculoesquelético.		Informe elaborado		
% de la población general con problemas de "Artrosis, artritis y reumatismo".	21,1%			Inferior al 20%
% de la población general que toma medicación para problemas de "Artrosis, artritis y reumatismo".	14,4%			Inferior al 13%
Nº de pacientes formados en el manejo del dolor crónico musculoesquelético.		2.000	5.000	10.000

6.5/ OBJETIVOS E INTERVENCIO- NES SOBRE DESIGUALDA- DES EN SALUD /

La desigualdad en salud se define como las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se plasma en una peor salud en los colectivos socialmente menos favorecidos. Se trata de diferencias en salud que son injustas y evitables, entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Numerosos estudios muestran que las desigualdades en salud son enormes y causa, en muchos casos, de un exceso de mortalidad y morbilidad superiores a los de la mayoría de los factores de riesgo de enfermedad conocidos.

Las desigualdades en salud suponen un reto para las sociedades modernas y para las políticas de salud. Por un lado, la reducción de las desigualdades en salud ofrece un gran potencial en la mejora del nivel de salud de toda la población. Por otro, las desigualdades en salud tienen su origen en las desigualdades sociales y económicas que existen en la sociedad. Para avanzar en la equidad en materia de salud se requiere un nuevo enfoque, reconociendo que las condiciones en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen tienen un enorme impacto en la salud, y las desigualdades en estas condiciones generan desigualdades en materia de salud. Por tanto, para disminuir las desigualdades en salud las políticas de salud deben abordar los determinantes sociales de la salud.

Las investigaciones sobre desigualdades en salud han puesto en evidencia que a medida que descendemos en la escala social las personas presentan peores indicadores de percepción del estado de salud, mayores niveles de incapacidad funcional y de dependencia, menor esperanza de vida y mayor mortalidad ajustada por edad. Es importante señalar que estos efectos no se limitan a las personas que viven en los estratos más bajos de la escala social, sino que afectan a todas las personas, porque el gradiente social de la salud se extiende a través de toda la sociedad. La mejora de todos estos indicadores, objeto preferencial de este Plan de Salud, sólo

puede ser abordada desde el desarrollo de políticas orientadas a los determinantes sociales de la salud.

Las intervenciones de salud pública dirigidas a disminuir las desigualdades en salud tienen que ser necesariamente multisectoriales. Así, el papel del sector sanitario no es tanto actuar directamente en la transformación de los determinantes sociales, sino asumir un papel de liderazgo y convencer a otros sectores para actuar conjuntamente en la reducción de las desigualdades.

Es necesario disponer de instrumentos para evaluar la magnitud de las desigualdades en salud y para reconocer la efectividad de las intervenciones puestas en marcha. Para ello es imprescindible medir las desigualdades entre los grupos sociales, tanto en su versión relativa como absoluta.

Las políticas que actúan sobre las desigualdades en salud deben considerar los factores que en mayor medida las generan, lo que obliga a tener en cuenta el género, la clase social, la etnia y el área geográfica.

Aunque la disponibilidad de datos estratificados por características sociodemográficas es limitada, el estudio "Calidad de vida y salud en población general de la Región de Murcia 2007" muestra que la salud percibida de la población mayor de 18 años es peor en mujeres que en hombres y mejor cuanto mayor es el nivel de estudios. Por otro lado, la Encuesta Nacional de Salud, incorpora la clase social y la percepción de salud, siendo el porcentaje de personas, en el 2006 mayores de 15 años, que percibieron su salud como buena o muy buena en un 83,11% en el estrato social más alto, frente al 62,32% en el más bajo. Los resultados demuestran que el género, el nivel educacional y la clase social son determinantes clave del estado de salud percibido, que revelan la magnitud de las desigualdades en salud.

Existen diversos modelos para explicar los determinantes de las desigualdades en salud. El modelo utilizado por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS distingue entre determinantes estructurales y determinantes intermedios. Los determinantes estructurales se refieren, por un lado, al contexto socioeconómico y político y, por otro, a la posición socioeconómica, en la que intervienen la educación, la ocupación y el nivel de ingresos, pero también los distintos ejes de desigualdad de la estructura social: la clase social, el género y la etnia o la raza. Los determinantes intermedios, que están a su vez determinados por la estructura social, incluyen las circunstancias materiales y psicosociales (vivienda, condiciones de trabajo, apoyo social, etc.), los factores conductuales (estilos de vida), y el sistema de salud.

A partir de este modelo conceptual, las políticas para disminuir las desigualdades en salud pueden tener como punto de entrada los determinantes estructurales o los determinantes intermedios. Este Plan de Salud plantea actuar frente a las des-

igualdades en salud desde ese doble punto de entrada. Por un lado, se plantea abordar los determinantes estructurales, con objetivos relativos a la reducción de la pobreza o del abandono escolar. Por otro, el Plan recoge a lo largo de todo el documen-

to actuaciones frente a los determinantes intermedios, prestando especial atención a las desigualdades de género y clase social, pero también a los factores conductuales, el entorno y las condiciones de trabajo.

OBJETIVOS:

- ❖ Reducir el porcentaje de la población por debajo del umbral de pobreza.
- ❖ Reducir la tasa de abandono escolar prematuro.

INTERVENCIONES:

- ❖ Reducir las desigualdades en salud, prestando especial atención a las desigualdades según género y posición socioeconómica, profundizando en el conocimiento de éstas.
- ❖ Prevenir la discapacidad y mejorar la asistencia a la dependencia para intentar minimizar su impacto sobre la población.

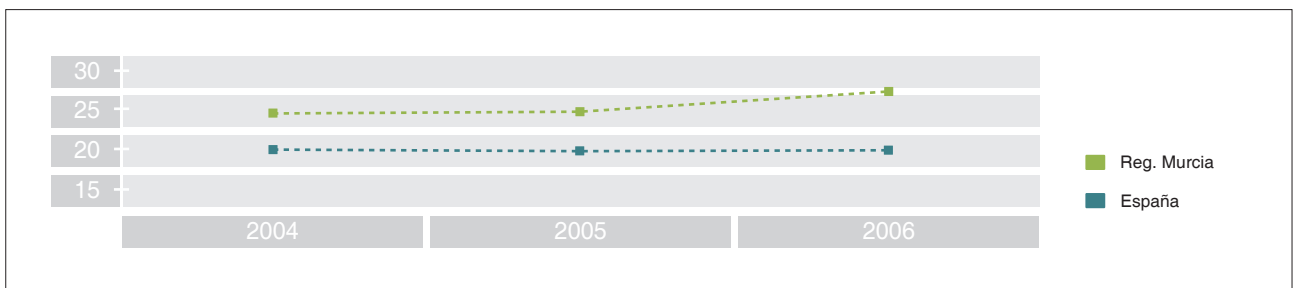
6.5.1/ OBJETIVOS SOBRE DESIGUALDADES EN SALUD

6.5.1.1/ UMBRAL DE POBREZA

- ❖ Una de cada cuatro personas de la Región de Murcia está por debajo del umbral de pobreza, con una tendencia creciente en los últimos años, lo que constituye un indicador social preocupante.

OBJETIVO: Reducir en un 50% la diferencia actual con la media nacional de porcentaje de población por debajo del umbral de pobreza en 2015.

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN POR DEBAJO DEL UMBRAL DE POBREZA



Fuente: Indicadores Sociales. INE. 2008

Umbral de pobreza: es el 60% de la mediana de los ingresos del año anterior por unidad de consumo (escala OCDE modificada), tomando la distribución de personas. Los ingresos por unidad de consumo se obtienen dividiendo los ingresos totales del hogar entre el número de unidades de consumo.

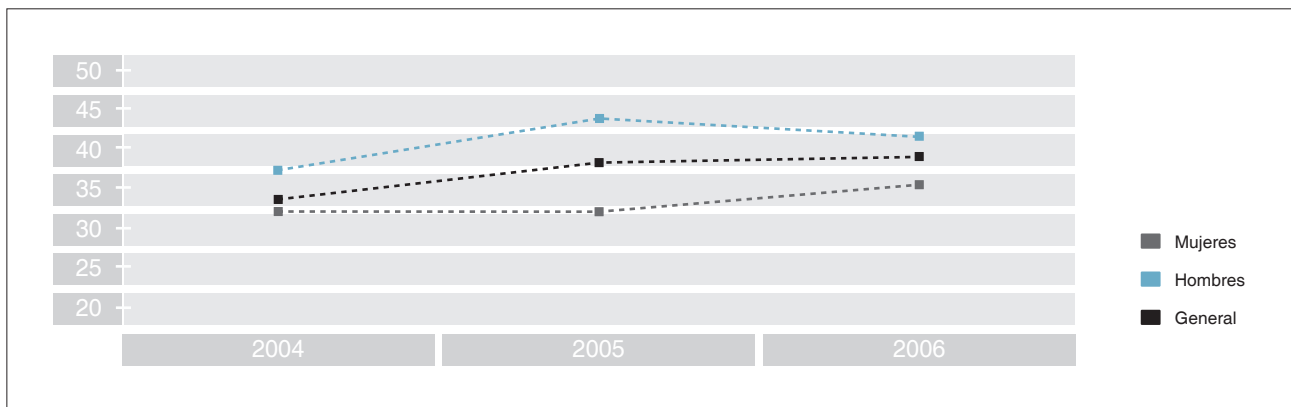
6.5.1.2/ ABANDONO ESCOLAR PREMATURO /

❖ En las sociedades avanzadas se considera fundamental que los jóvenes continúen su formación más allá de la etapas obligatorias, por los efectos positivos para el desarrollo, tanto de la

persona como de la sociedad. Para analizar este fenómeno se utiliza como indicador la tasa de abandono escolar prematuro, que indica el porcentaje de jóvenes de 18 a 24 años que han alcanzado como máximo la enseñanza secundaria obligatoria y no siguen estudios posteriores.

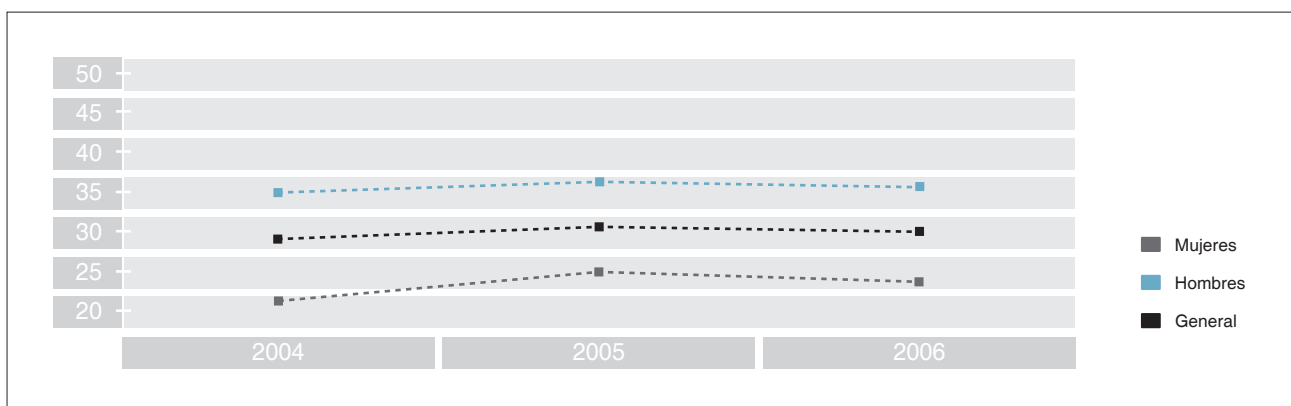
❖ En la Región de Murcia, este porcentaje es de casi el 42% en hombres y del 36% en mujeres, unas cifras muy por encima de la media nacional y que sitúan a la Región de Murcia entre las Comunidades Autónomas con peores resultados.

TASA DE ABANDONO ESCOLAR PREMATURO. REGIÓN DE MURCIA



Fuente: Sistema de Indicadores de la Educación. Ministerio de Educación 2009

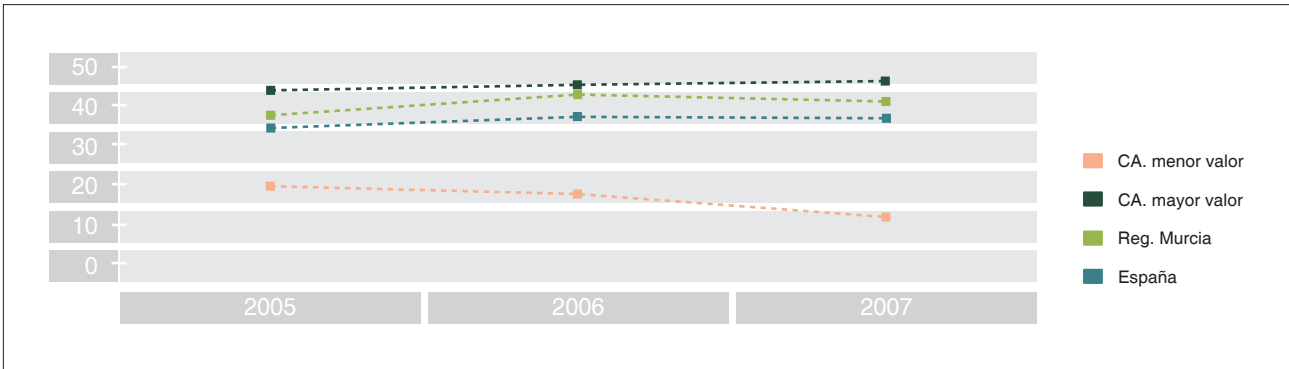
TASA DE ABANDONO ESCOLAR PREMATURO. ESPAÑA



Fuente: Sistema de Indicadores de la Educación. Ministerio de Educación 2009

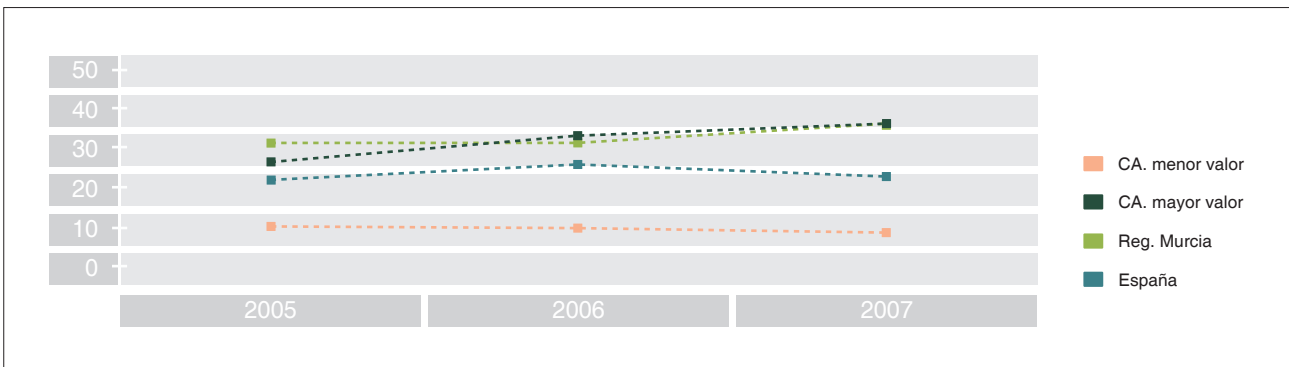
OBJETIVO: Reducir en un 50% la diferencia actual con la media nacional de la tasa de abandono escolar prematuro de hombres en 2015.

TASA DE ABANDONO ESCOLAR PREMATURO. HOMBRES



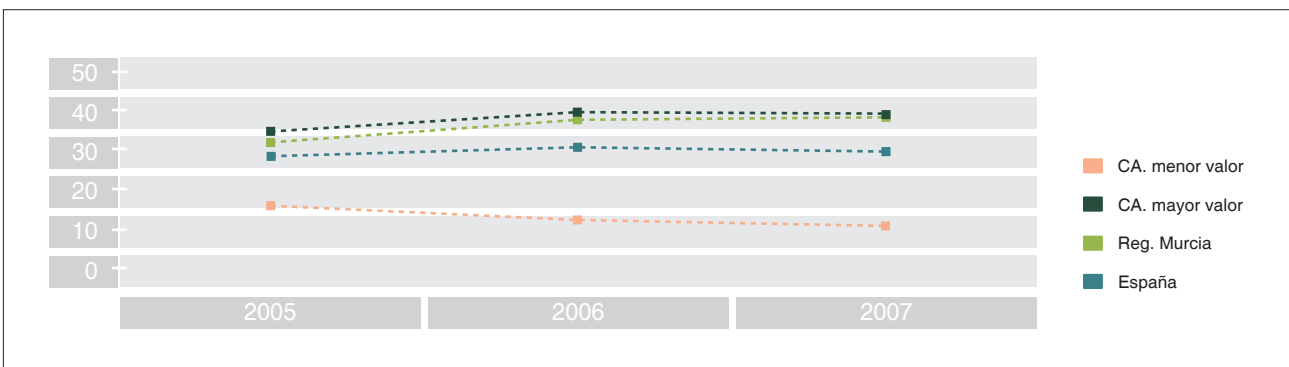
OBJETIVO: Reducir en un 50% la diferencia actual con la media nacional de la tasa de abandono escolar prematuro de mujeres en 2015.

TASA DE ABANDONO ESCOLAR PREMATURO. MUJERES



OBJETIVO: Reducir en un 50% la diferencia actual con la media nacional de la tasa de abandono escolar prematuro en población de ambos sexos en 2015.

TASA DE ABANDONO ESCOLAR PREMATURO



6.5.1.3/ DISCAPACIDAD PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) /

❖ La tasa de personas con discapacidad para las actividades básicas de la vida diaria constituye un problema de especial relevancia en la Región, superando de una forma destacada los niveles de España en todos los grupos de edad y en todos los niveles de discapacidad. La discapacidad afecta especialmente a las mujeres.

OBJETIVO: Reducir en un 25% la diferencia actual con la media nacional en la tasa de discapacidad para las ABVD en 2015.

TASA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA POR SEXO Y GRUPO DE EDAD. ESPAÑA Y REGIÓN DE MURCIA 2008

De 6 a 65 años	AMBOS SEXOS			HOMBRES			MUJERES		
	Murcia 2008	España 2008	Relación en 2008	Murcia 2008	España 2008	Relación en 2008	Murcia 2008	España 2008	Relación en 2008
Discapacidad moderada	8,03	7,9	1,02	7,55	6,59	1,15	8,54	9,24	0,92
Discapacidad severa	10,64	8,72	1,22	8,59	6,58	1,31	12,85	10,91	1,18
Discapacidad total	14,47	11,21	1,29	14,93	10,45	1,43	13,98	12,00	1,17
No consta	0,00	1,52	0,00	0,00	1,51	0,00	0,00	1,53	0,00
Total	33,14	29,35	1,13	31,07	25,13	1,24	35,37	33,68	1,05

Menos de 65 a 79 años	AMBOS SEXOS			HOMBRES			MUJERES		
	Murcia 2008	España 2008	Relación en 2008	Murcia 2008	España 2008	Relación en 2008	Murcia 2008	España 2008	Relación en 2008
Discapacidad moderada	47,97	33,38	1,44	35,37	25,14	1,41	58,40	40,16	1,45
Discapacidad severa	58,89	48,99	1,20	29,42	34,68	0,85	83,30	60,77	1,37
Discapacidad total	123,66	75,57	1,64	89,01	55,91	1,59	152,36	91,76	1,66
No consta	0,00	9,73	0,00	0,00	7,84	0,00	0,00	11,29	0,00
Total	230,52	167,66	1,37	153,80	123,56	1,24	294,07	203,98	1,44

Más de 80 años	AMBOS SEXOS			HOMBRES			MUJERES		
	Murcia 2008	España 2008	Relación en 2008	Murcia 2008	España 2008	Relación en 2008	Murcia 2008	España 2008	Relación en 2008
Discapacidad moderada	47,84	44,68	1,07	52,59	41,05	1,28	45,00	46,74	0,96
Discapacidad severa	85,48	75,89	1,13	67,68	54,57	1,24	96,14	87,97	1,09
Discapacidad total	426,87	295,22	1,45	283,19	200,83	1,41	512,92	348,73	1,47
No consta	0,00	26,05	0,00	0,00	24,29	0,00	0,00	27,04	0,00
Total	560,19	441,84	1,27	403,45	320,74	1,26	654,07	510,48	1,28

Fuente: INE. Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. 2008

6.5.2/ INTERVENCIONES SOBRE DESIGUALDADES EN SALUD

6.5.2.1/ DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

Justificación y condicionantes.

- Las investigaciones sobre las desigualdades sociales en salud revelan que las mujeres, la población de menor nivel socioeconómico y las áreas con mayor privación material presentan peores indicadores de salud. Además, la información disponible muestra que, cuando las políticas de salud no tienen en cuenta las desigualdades, éstas tienden a aumentar con el tiempo, porque los grupos socialmente más privilegiados suelen beneficiarse más de ellas, y su salud mejora más rápidamente que la de las personas de estratos sociales más bajos.
- Las oportunidades de tener una buena salud están determinadas por la posición en la estructura social, en la que intervienen fundamentalmente tres ejes de desigualdad: el género, la clase social y la etnia.
- El Plan de Salud plantea un abordaje transversal de género como determinante de la salud, que no significa buscar los mismos resultados en salud para mujeres y hombres, sino eliminar diferencias innecesarias y evitables en las oportunidades de disfrutar de salud y de no enfermarse, de sufrir discapacidad o de morir por causas prevenibles. Desde este enfoque transversal, el Plan de Salud recoge un análisis desagregado por sexo formulando objetivos que implican reducir las diferencias existentes, sin empeorar la salud de quienes tienen una situación mejor. De esta forma, se integran a lo largo de todo el Plan objetivos específicamente orientados a reducir las desigualdades según género en salud.
- La importancia de contar con indicadores desglosados por sexo no puede llevar a pensar que esto es suficiente. Para abordar adecuadamente las desigualdades de género en salud es necesario incorporar el enfoque de género en los sistemas de información, en la investigación, en los programas y en los servicios de salud.
- Los datos disponibles sobre resultados de salud por nivel socioeconómico o clase social son escasos, por lo que el abor-

daje de este eje de desigualdad requiere mejorar la información disponible, de forma que permita medir la magnitud y la evolución de estas desigualdades. Además, es necesario tener en cuenta la interacción entre los distintos ejes de desigualdad, analizando cómo género y clase social se entrecruzan.

- Un planteamiento necesario para reducir las desigualdades sociales en salud es la focalización en los grupos sociales que están en una peor situación, con enfoques selectivos orientados a la mejora sustancial del nivel de salud de la población vulnerable. Una población vulnerable es un subgrupo que, a partir de su posición en la estructura social, presenta una acumulación de factores de riesgo. Las mujeres inmigrantes constituyen un buen ejemplo.

- Dado que los determinantes de la salud no son materia exclusiva del sector sanitario, en el abordaje de las desigualdades en salud es fundamental el papel de las políticas que actúan sobre las condiciones materiales de vida de la población. De este planteamiento surge la estrategia de política sanitaria "Health in All Policies" (HiAP) de la Unión Europea, que propone incorporar la salud en todas las políticas públicas, reconociendo que son muchas las políticas que tienen consecuencias para la salud. Una de las principales herramientas para lograr este objetivo es la Evaluación del Impacto en Salud (EIS).

- La EIS tiene un gran potencial para el abordaje de los determinantes sociales de la salud y también para impulsar la acción intersectorial en salud, ya que la aplicación de la EIS implica para los niveles de decisión de políticas no sanitarias situarse en el modelo de los determinantes sociales de la salud, y reconocer la influencia de sus acciones en la salud.

Propósito

- Disminuir el diferencial de género en aquellos indicadores de salud que muestran una peor situación de las mujeres, sin empeorar los valores para los hombres.
- Disminuir el diferencial de género en aquellos indicadores de salud que muestran una peor situación de los hombres, sin empeorar los valores para las mujeres.
- Fortalecer la incorporación del enfoque de género en las políticas sanitarias, en la formación continuada del personal sanitario, en los sistemas de información y en la investigación, mejorando el conocimiento sobre el género como determinante de la salud.
- Desarrollar iniciativas para abordar las desigualdades en salud relacionadas con la posición socioeconómica, profundizando en la medición y el análisis de estas desigualdades.
- Reforzar las estrategias de intervención sobre los estilos de vida y sobre el entorno en colectivos vulnerables, prestando especial atención a las áreas con mayor índice de privación socioeconómica.

- ❖ Promover la aplicación de la Evaluación de Impacto en Salud (EIS) como herramienta para introducir la salud en las políticas no sanitarias.
- ❖ Impulsar la coordinación de los servicios sociales y sanitarios para mejorar la atención a las personas en situaciones de vulnerabilidad o de exclusión social.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Elaborar un informe sobre las desigualdades en salud en la Región de Murcia, analizando la salud de mujeres y hombres según su clase social, y elaborar un plan de actuación para su reducción.	Promoción		Sanidad Gov. Regional	2009	2010
Desarrollar estrategias para promover la atención a la salud con un enfoque que incorpore la interrelación entre los distintos ejes de desigualdad (género, etnia, clase social), abordando las diferencias en exposición y vulnerabilidad a riesgos para la salud.	Promoción		Sanidad Gov. Regional Ayuntamientos	2009	2015
Mejorar las fuentes de información mediante la recogida sistemática de datos que permitan medir la magnitud y la evolución de las desigualdades en salud.	Sistemas de información		Sanidad Gov. Regional	2009	2015
Impulsar la investigación sobre desigualdades en salud, reforzando la incorporación del enfoque de género.	Investigación		Sanidad FFIS Gov. Regional	2009	2015
Promover la incorporación de las desigualdades sociales en salud en la formación del personal sanitario.	Formación		Sanidad FFIS Gov. Regional	2009	2015
Priorizar la implementación de los programas de prevención y promoción de la salud en poblaciones vulnerables o en áreas geográficas identificadas como vulnerables.	Promoción		Sanidad Gov. Regional Ayuntamientos	2009	2015
Desarrollar acciones formativas sobre EIS para promover su aplicación en las administraciones regional y local.	Formación		Sanidad Gov. Regional Ayuntamientos	2009	2015
Promover la cooperación, coordinación y optimización de recursos entre sanidad y política social, y en su caso Ayuntamientos, para mejorar la atención a la ciudadanía.	Promoción de salud Tratamiento Rehabilitación Cuidados paliativos		Sanidad Política social Ayuntamientos		
Promover la colaboración con las administraciones locales para mejorar la efectividad de los programas de atención a colectivos en riesgo de exclusión social, evaluando la necesidad de desarrollar actuaciones específicas de promoción de la salud con estos colectivos.	Asistencial		Sanidad Gov. Regional Ayuntamientos	2009	2015
Desarrollar estrategias de atención socio sanitaria que se anticipe a las necesidades actuales y futuras de coordinación de la asistencia sanitaria y social y establezca los recursos necesarios para dar apoyo a las necesidades de la sociedad.	Promoción de salud Tratamiento Rehabilitación Cuidados paliativos	Desarrollo del plan estratégico	Sanidad Política social Ayuntamientos	2009	2010

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
Informe sobre desigualdades en salud y plan de actuación.			Informe en 2012	
Nº de acciones formativas sobre desigualdades en salud.		2	3	5
Nº de EIS realizadas.		1	2	3
Plan de atención socio sanitaria.		Elaborado		
Nº de reuniones de órganos de coordinación entre las Consejerías de Sanidad y Política Social.		4	6	6

6.5.2.2/ ASISTENCIA A LA DISCAPACIDAD /

Justificación y condicionantes

❖ La dependencia es en la actualidad el principal reto en protección social que están asumiendo las administraciones públicas en España. La progresiva transferencia de la atención a la discapacidad desde el marco de la asistencia social a su consideración como un derecho básico del ciudadano, equiparable al de la sanidad o educación, supone un enorme desafío, tanto desde el punto de vista económico como del cambio de roles entre los diferentes departamentos destinados a su atención.

❖ Según la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008 del INE, la tasa de discapacidad para personas de 6 años y más en la Región de Murcia se sitúa en 98,0 por mil, frente a una tasa de 89,7 por mil a nivel nacional. Los datos de esta encuesta también señalan que la discapacidad para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) afecta en la Región de Murcia a 33 personas por cada mil habitantes en la población con edades comprendidas entre 6 y 65 años, a 230 por mil en personas de 65 a 79 años y a 560 por mil en personas de 80 años y más. Si limitamos estas cifras a la discapacidad de carácter severo o total, las cifras se reducen a 14, 123 y 427. Estos resultados superan ampliamente los datos del conjunto de España en todos los grupos de edad y en todos los tipos de discapacidad.

❖ La necesidad de cuidados de las personas dependientes recae en gran medida en la familia, y los datos ilustran el claro predominio de las mujeres como cuidadoras. Este papel tiene un fuerte impacto negativo en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras, que es necesario amortiguar.

❖ En síntesis, la discapacidad es un problema que afecta gravemente a la Región, por lo que minimizar su impacto y a lograr la integración de las personas afectadas representa un gran desafío.

Propósito

❖ Trabajar intersectorialmente sobre las principales causas que generan discapacidad en la Región de Murcia, actuando desde la prevención hacia los riesgos identificados y desarrollando mecanismos integrados de asistencia a las personas dependientes.

❖ Mejorar la coordinación de los servicios entre las áreas de salud y protección social para la asistencia a las personas dependientes, implicando a las corporaciones locales.

❖ Evaluar las necesidades de asistencia sociosanitaria y desarrollar un plan intersectorial para responder a las necesidades presentes y futuras.

❖ Reducir el impacto de cuidar a personas dependientes sobre la salud de los cuidadores.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Elaborar un informe sobre las principales causas de discapacidad en la Región, identificando actuaciones efectivas y viables para su prevención.	Promoción		Sanidad Gov. Regional	2010	2011
Evaluar el impacto de la dependencia en los niños reforzando los mecanismos de integración y asistencia en el ámbito educativo.	Promoción de la salud		Sanidad Política social Educación	2009	2015
Promover ayudas y apoyo orientadas a reducir el impacto de la discapacidad en las personas dependientes: teleasistencia, ayudas a domicilio.	Asistencia		Sanidad Política social Ayuntamientos	2009	2015
Desarrollar estrategias para reducir el impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras.	Promoción de la salud		Sanidad Política social Ayuntamientos	2009	2015
Promover la adaptación de los edificios públicos y privados a personas dependientes.	Promoción de la salud	Financiación a la accesibilidad	Sanidad Política social Ayuntamientos	2009	2015

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
Tasa de personas con discapacidad total/1.000 habitantes en población de 6 a 64 años.	14,4	14	13	13
Tasa de personas con discapacidad total/1.000 habitantes en población de 65 a 79 años.	124	115	105	90
Tasa de personas con discapacidad total/1.000 habitantes en población superior a 79 años.	426	400	390	380

6.6/ OBJETIVOS E INTERVENCIO- NES SOBRE EL SISTEMA SANITARIO /

La mayoría de las estrategias de intervención necesarias para el logro de los objetivos del Plan de Salud deben ser abordadas desde los servicios sanitarios. Estos se encuentran entre los servicios públicos mejor considerados por la sociedad. En la Región, con un resultado muy parecido al del conjunto de España, el 80% de la población expresa una valoración positiva de los servicios del SMS.

A pesar de esta percepción positiva de la población, y considerando que la salud es una de las principales preocupaciones de las personas, el sistema sanitario se ve sometido a importantes exigencias que se generan con gran dinamismo y se incrementan año tras año:

- ❖ Por una parte las expectativas de la sociedad, que aumentan en paralelo al desarrollo económico y social; ciudadanos con mayor conocimiento y mayores recursos provocan un inevitable y saludable incremento de expectativas, que es el reflejo de una sociedad más avanzada.
- ❖ Por otra parte el desarrollo científico, que incrementa continuamente las oportunidades de recuperación de la salud. Unas oportunidades que tanto profesionales como pacientes quieren incorporar de forma inmediata en las prestaciones asistenciales, pero que generan importantes desequilibrios entre oferta y demanda así como un aumento considerable del gasto sanitario.

Estos retos se crean a una velocidad difícil de asumir por el sistema sanitario y, como consecuencia, generan tensiones por el desfase entre la creación de una necesidad y la capacidad del sistema de dar una respuesta adecuada en tiempo y forma.

Esta consideración del sistema sanitario no puede olvidarse de su principal activo y principal responsable de la buena valoración de la población: los profesionales. Profesionales que han expresado las dificultades para alcanzar su desarrollo personal y profesional con el trabajo y que creen que es necesario rea-

lizar transformaciones en los modos de hacer y en las formas de gestionar el sistema. Por lo tanto, surge la necesidad de reforzar la implicación de los profesionales con su trabajo, generando entornos funcionales en los que se trabaje en equipo y en los que se respete y aprecie a todas las personas que contribuyen a mejorar el trabajo del día a día.

El abordaje de esta problemática y la necesaria implicación del sistema sanitario para alcanzar los logros recogidos en este Plan de Salud, requiere de la formulación de objetivos e intervenciones sobre este sector. Así se han establecido tres grupos de objetivos orientados a incrementar la satisfacción de la población, la resolutivez y el funcionamiento del sistema.

La mejora de la capacidad resolutivez implica también mejorar la accesibilidad y la continuidad de cuidados, organizando la atención como una secuencia de actividades continua e impidiendo que las derivaciones de pacientes entre niveles o profesionales provoque una interrupción del proceso asistencial. Esto implica que, entre el diagnóstico y la aplicación del tratamiento, el paciente debe esperar menos tiempo y mantener un menor número de contactos. Probablemente, el mejor modo de medir la combinación de mejora de la accesibilidad, resolutivez y continuidad asistencial sea la reducción de la del uso de los servicios sanitarios por parte de la población (frecuentación). Esta reducción se verá reforzada por iniciativas para incrementar la educación y la promoción de la salud que capaciten a la población para cuidar mejor de su salud. Todos estos factores, apoyados por las tecnologías de la información y comunicación, contribuirán a reducir el uso de los servicios, como ya se ha demostrado en sistemas sanitarios más avanzados. Por todo ello, si la población de la Región goza de mejor salud reducirá progresivamente el número de contactos con los servicios sanitarios, que en la actualidad tienen un uso superior al resto de España.

Por otro lado, se pretende mejorar el funcionamiento del sistema sanitario para conseguir un sistema más orientado a las necesidades de los pacientes, más efectivo desde el punto de vista clínico y más eficiente. En esta línea, se han seleccionado aquellos indicadores que pueden medir con mayor sencillez y rigor su modernización y desarrollo.

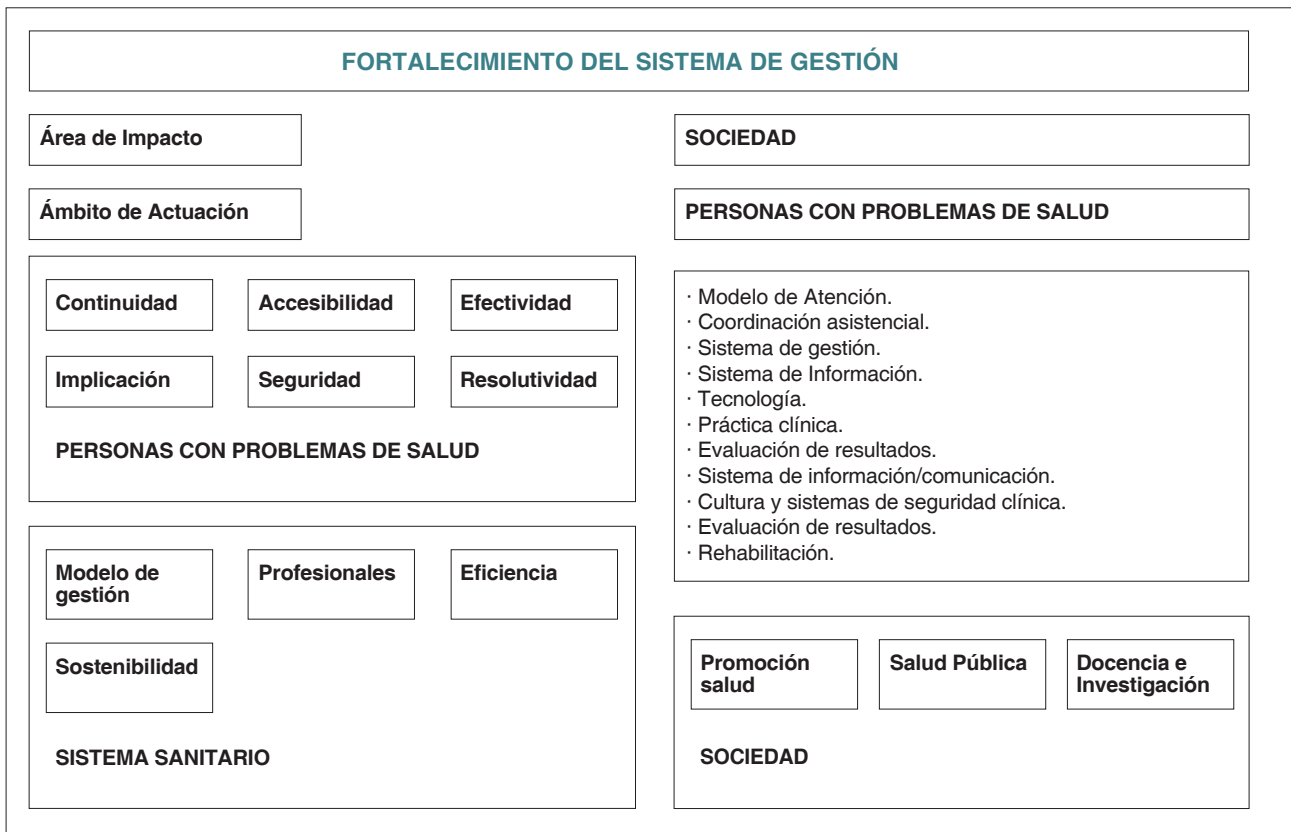
Se formulan también diferentes estrategias de intervención, que pretenden fortalecer el sistema sanitario, creando las condiciones más idóneas para el logro de los objetivos propuestos. Así, se establecen intervenciones relacionadas con la gestión de la calidad que garantizan un abordaje coordinado e integral de las iniciativas del sistema sanitario, buscando la implicación activa de los profesionales y orientándola permanentemente a mejorar las prestaciones asistenciales. Por otro lado, las políticas de participación ciudadana inciden sobre la necesidad de que la ciudadanía participe, de forma organizada y responsable, en la evaluación y detección de oportunidades de mejora del sistema sanitario.

Se incluyen también estrategias para abordar la variabilidad clínica, la utilización de medicamentos, la seguridad clínica y la continuidad asistencial, con el objeto de reforzar la toma de decisiones clínicas utilizando criterios de evidencia científica, evitar la aparición de efectos adversos e incrementar la cooperación entre profesionales y niveles asistenciales en la atención a los pacientes. Finalmente se establecen prioridades en materia

de investigación y formación para apoyar la ejecución de este Plan de Salud, relacionadas principalmente con el desarrollo de competencias recogidas en los diversos apartados y con la realización de trabajos de investigación en las áreas en las que el Plan de Salud no se apoya en evidencias contrastadas o conviene que éstas se centren en la realidad de la Región.

- OBJETIVOS:**
- ❖ Incrementar la satisfacción de la población con los servicios sanitarios.
 - ❖ Mejorar la capacidad resolutive del sistema sanitario, reduciendo la frecuentación de los servicios sanitarios.
 - ❖ Mejorar el funcionamiento del sistema sanitario incrementando la satisfacción de las necesidades de los pacientes, su efectividad clínica y su eficiencia.

- INTERVENCIONES:**
- ❖ Políticas de gestión de la calidad.
 - ❖ Políticas de participación ciudadana.
 - ❖ Políticas de variabilidad, seguridad clínica y continuidad asistencial.
 - ❖ Políticas de uso racional del medicamento.
 - ❖ Políticas de investigación y formación.

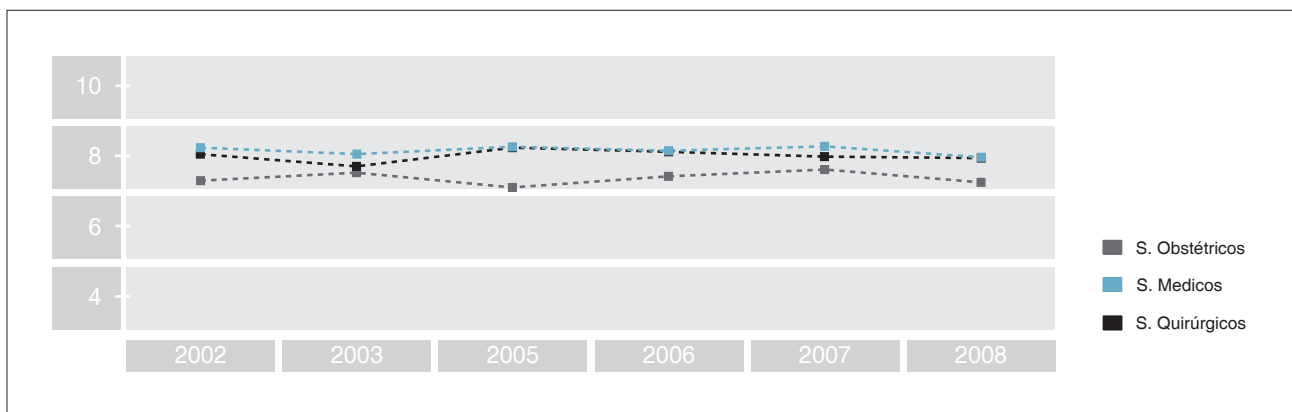


6.6.1/ OBJETIVOS DE SATISFACCIÓN DE LA POBLACIÓN

• Anualmente, desde el 2002 en la Región de Murcia se valora, con los cuestionarios EMCA de calidad percibida, la opinión sobre la atención recibida de pacientes dados de alta en los distintos hospitales públicos. Según estos registros y en una escala de 0 a 10 (peor y mejor resultado posible respectivamente), los usuarios de los Servicios Quirúrgicos valoran su satisfacción en 7,9, los de los Servicios Médicos en 8 y los de los Servicios Obstétricos en 7,3.

OBJETIVO: Alcanzar una valoración media mayor o igual a 8 en usuarios de los servicios asistenciales públicos para el 2015.

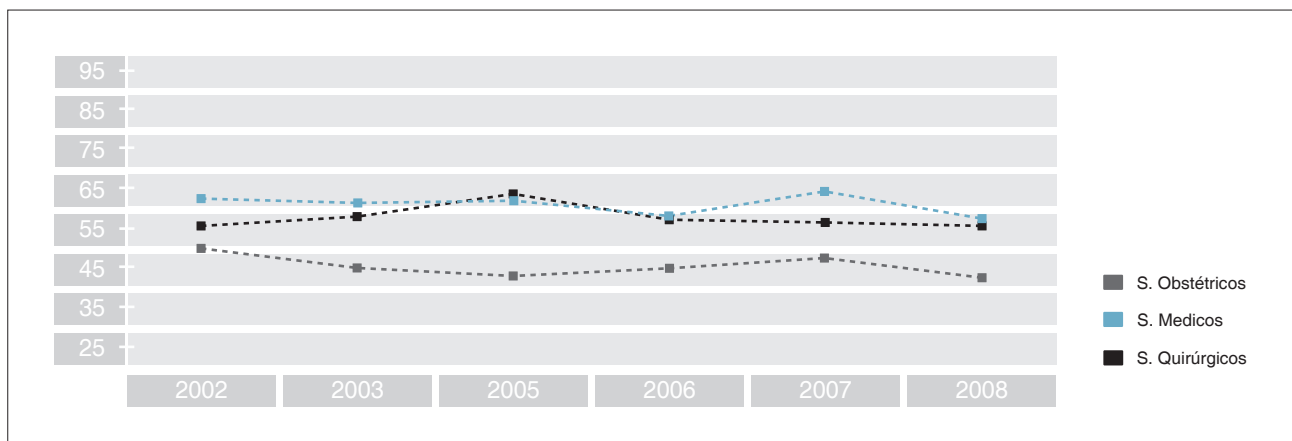
VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS. ESCALA DE 1 A 10



Fuente: Encuesta EMCA. Subdirección de Calidad Asistencial. 2008

• El porcentaje de pacientes que puntúan con un 8 ó más la satisfacción con la calidad de la atención recibida es de 66,8 en S. Quirúrgicos, de 68,0 en S. Médicos y de 50,8 en S. Obstétricos.

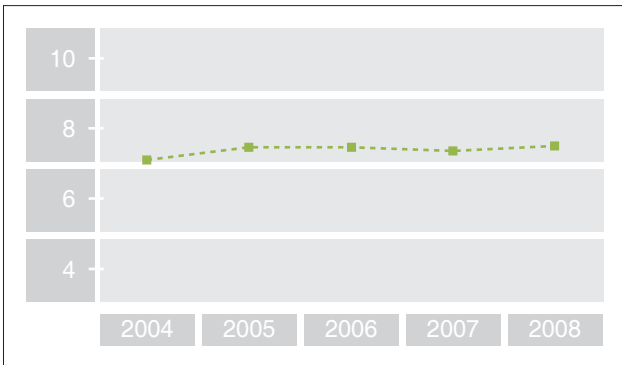
PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PUNTÚAN CON LA SATISFACCIÓN EN SERVICIOS HOSPITALARIOS CON 8 Ó MÁS. ESCALA DE 1 A 10



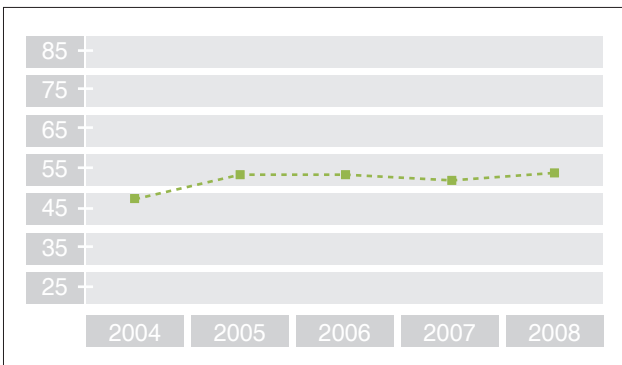
Fuente: Encuesta EMCA. Subdirección de Calidad Asistencial 2008

❖ La satisfacción con la atención recibida de los pacientes que utilizan los servicios de Atención Primaria, se mide desde 2004. En 2008 alcanza una puntuación de 7,4, siendo calificada con 8 ó más por el 53,6% de los usuarios encuestados.

VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA. ESCALA DE 1 A 10

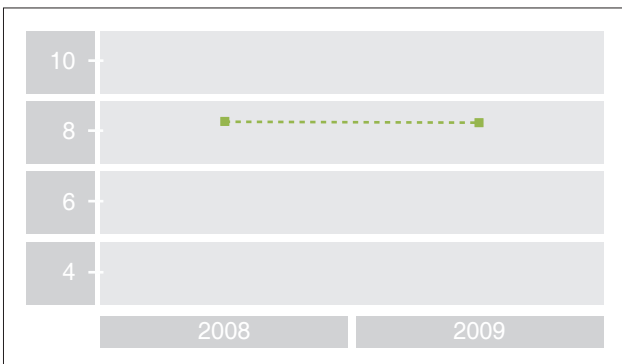


PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PUNTÚAN LA SATISFACCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA CON 8 Ó MÁS. ESCALA DE 1 A 10

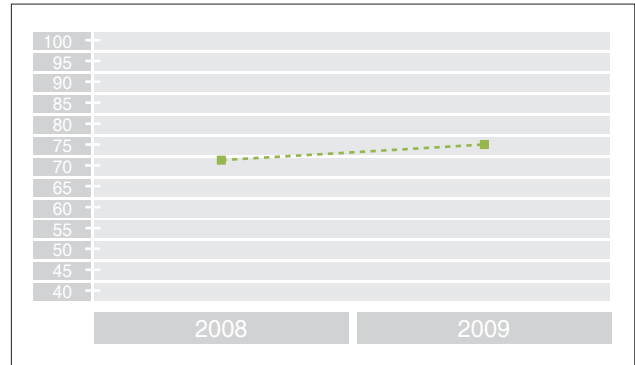


❖ La satisfacción de los usuarios de las Consultas Externas se recoge desde 2008 valorándose en 8,1, con un porcentaje de pacientes que puntúan su satisfacción con 8 ó más de 75,4.

VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS. ESCALA DE 1 A 10

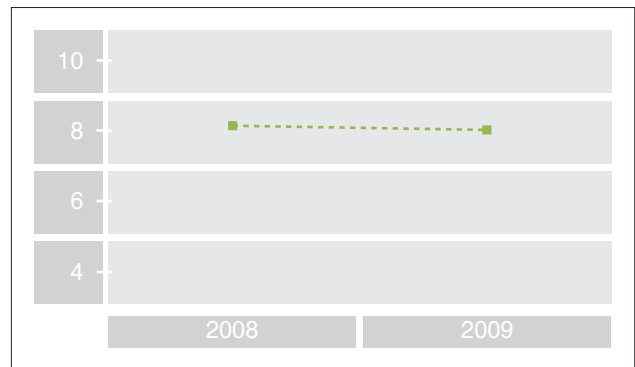


PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PUNTÚAN LA SATISFACCIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS CON 8 Ó MÁS. ESCALA DE 1 A 10

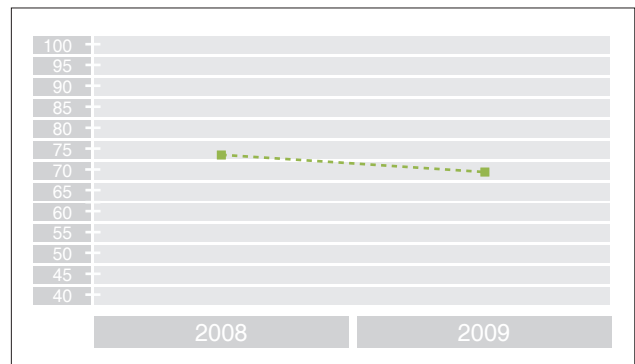


❖ Los pacientes que han utilizado los Servicios de Urgencias hospitalarios evalúan con un 8,2 la atención recibida en ellos y un 69,3% de los encuestados puntúan su satisfacción con un 8 ó más.

VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN EN URGENCIAS HOSPITALARIAS. ESCALA DE 1 A 10



PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PUNTÚAN LA SATISFACCIÓN EN URGENCIAS HOSPITALARIAS. ESCALA DE 1 A 10



6.6.2/ OBJETIVOS SOBRE LA CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.6.2.1/ FRECUENTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

❖ La frecuentación de servicios sanitarios se situó en 2007 en 5,7 visitas por habitante a medicina de familia, 5,1 a pediatría y 3,4 a enfermería. Las cifras referidas a medicina de familia superan en casi medio punto a la media española.

OBJETIVO: Reducir la frecuentación en atención primaria por debajo de 5 visitas/habitante en 2015.

FRECUENTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA (VISITAS POR HABITANTE)

Frecuentación	2003	2004	2005	2006	2007	% Variación 04/07	
						Absoluta	Relativa
Medicina de Familia.	7,09	6,55	6,27	5,86	5,70	-1,39	-19,6%
Pediatría.	6,03	5,57	5,90	5,21	5,08	-0,95	-15,8%
Enfermería.	4,40	3,97	3,69	3,62	3,39	-1,01	-22,8%

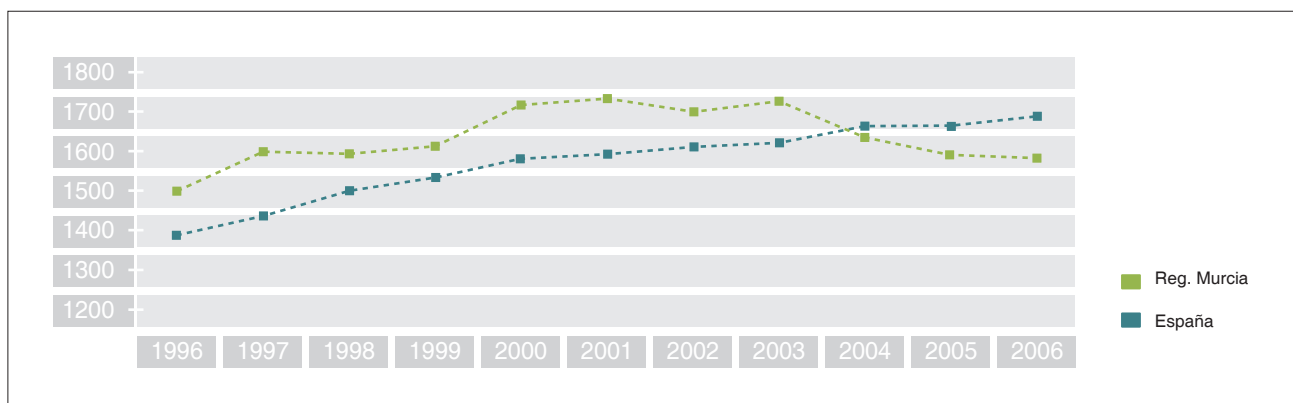
Fuente: Consejería de Sanidad y Consumo. Región de Murcia

6.6.2.2/ FRECUENTACIÓN DE CONSULTAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

❖ La frecuentación en consultas de atención especializada muestra una tendencia decreciente en los últimos cinco años y se situó en la Región durante 2006 en 1.569 visitas/1.000 habitantes, una cifra discretamente inferior a la media del SNS.

OBJETIVO: Reducir la frecuentación de consultas externas de atención especializada por debajo de 1.500 /1.000 en 2015.

FRECUENTACIÓN (REGISTRADA) EN CONSULTAS EXTERNAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR 1.000 HAB./AÑO



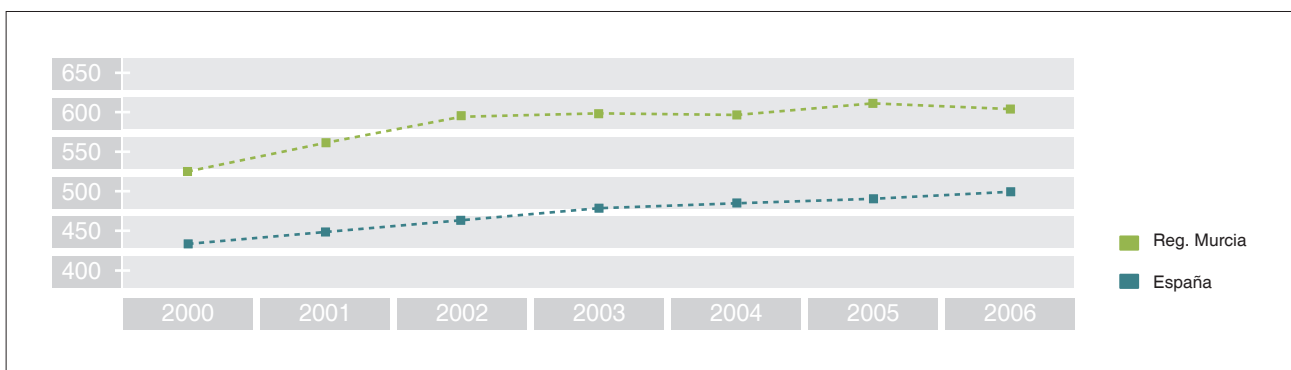
Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

6.6.2.3/ FRECUENTACIÓN DE UR- GENCIAS HOSPITALARIAS /

- ❖ La frecuentación de urgencias mantiene una tendencia ascendente con una tasa de 600 visitas/1.000 habitantes en 2006, un valor un 20% superior a la media del SNS.

OBJETIVO: Reducir la frecuentación de urgencias hospitalarias por debajo de 500/1.000 en 2015.

FRECUENTACIÓN DE URGENCIAS HOSPITALARIAS, POR 1.000 HAB



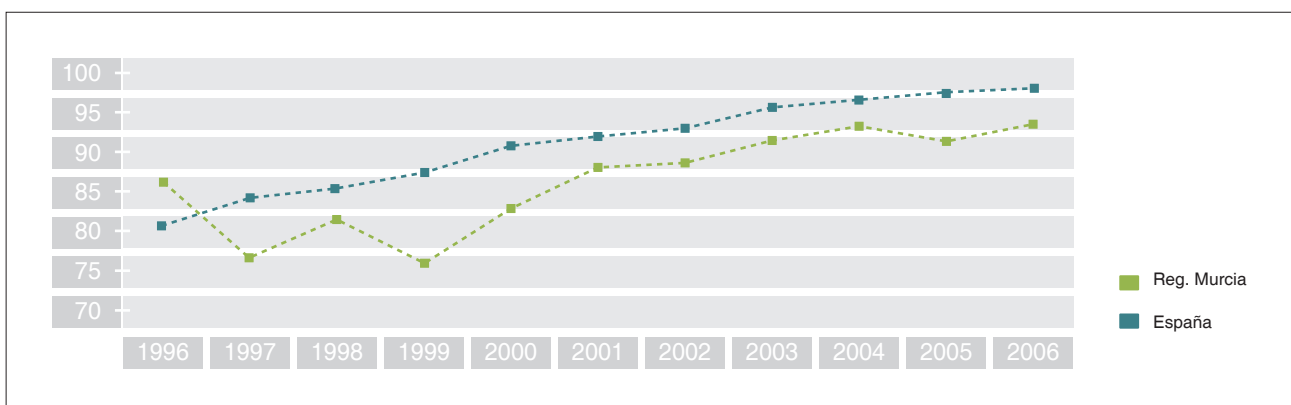
Fuente: ESCRI. MSPS 2009

6.6.2.4/ FRECUENTACIÓN QUIRÚRGICA /

- ❖ La tasa de intervenciones quirúrgicas ha mostrado una tendencia ascendente en los últimos años que ha evolucionado en paralelo a la española, mostrando en los últimos tres años una meseta con tasas entorno a 92-93/1.000.

OBJETIVO: Reducir la frecuentación quirúrgica por debajo de 90 intervenciones/1.000 en 2015.

TASA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR 1.000 HAB./AÑO



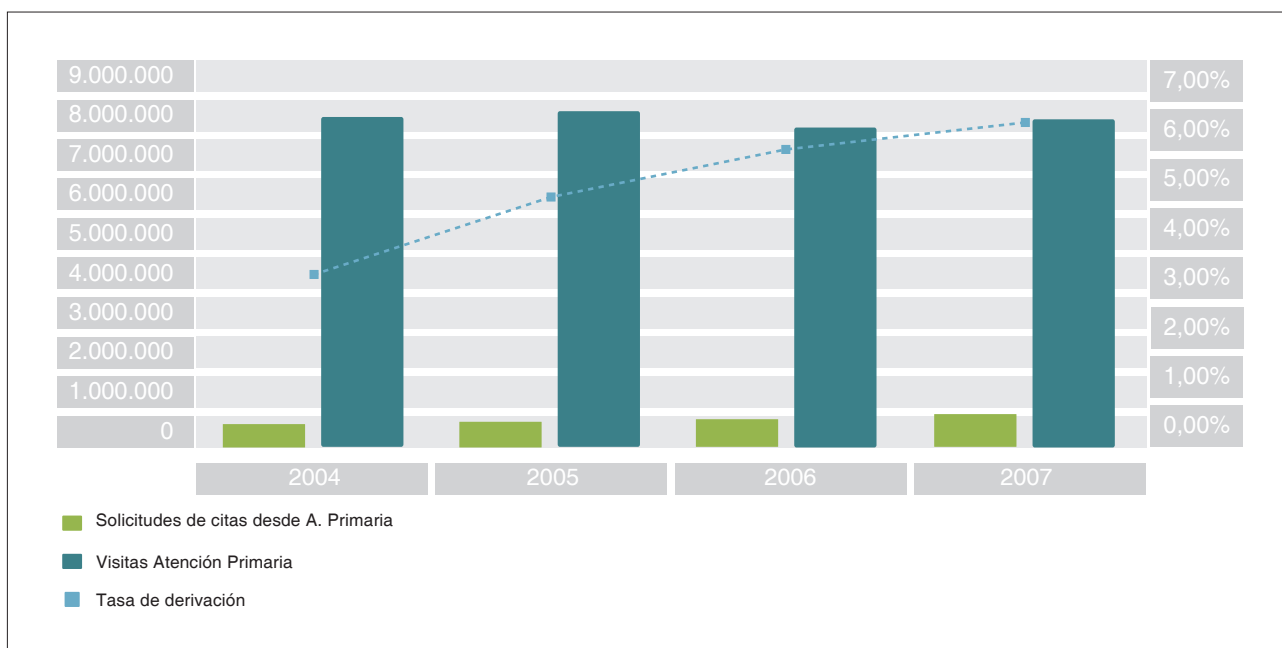
Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

6.6.3/ OBJETIVOS DE MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO

6.6.3.1/ DERIVACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA

❖ La tasa de derivación desde atención primaria a especializada ha ido incrementándose a lo largo de los últimos años hasta representar el 6% de las visitas al médico de familia y pediatría.

OBJETIVO: Reducir la tasa de derivación de primaria a especializada por debajo del 5% en 2015.

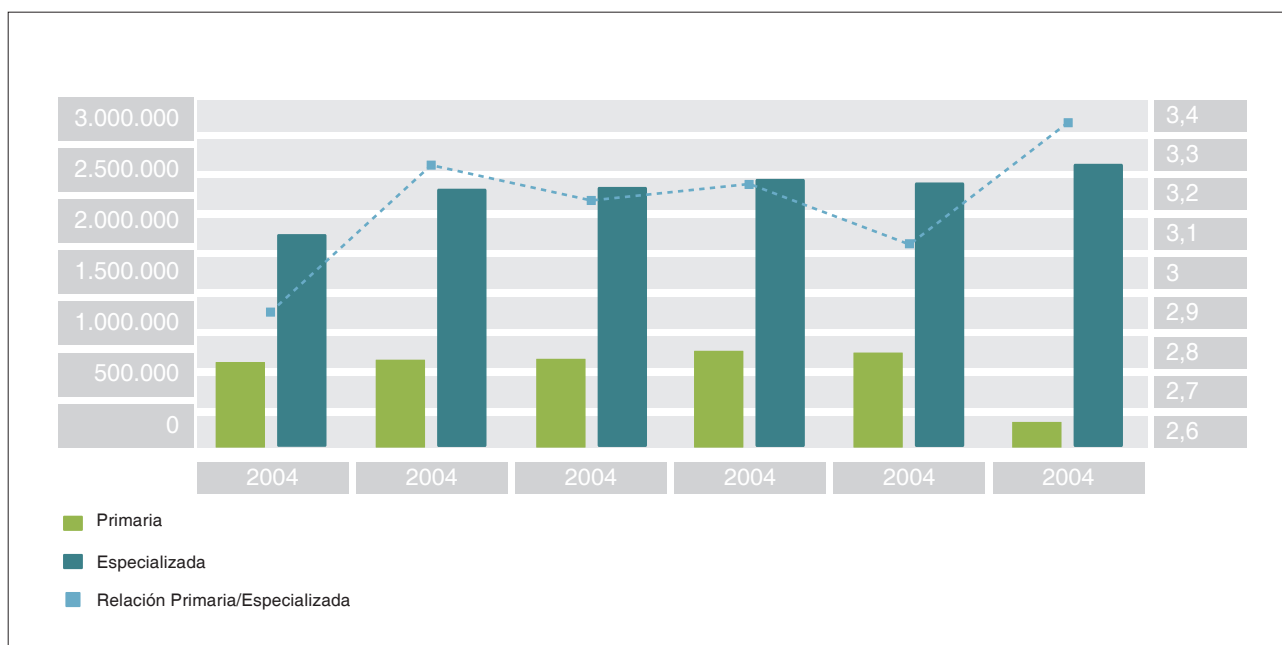


Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. SMS 2009

6.6.3.2/ URGENCIAS ATENDIDAS /

❖ Las urgencias atendidas en atención primaria en relación a las hospitalarias muestra una evolución favorable, con un progresivo desplazamiento de las mismas al nivel básico de atención.

OBJETIVO: Incrementar la razón urgencias atendidas en atención primaria/urgencias hospitalarias a más de 3,5 en 2015.



Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria. SMS 2009

6.6.3.3/ ESTANCIA MEDIA HOSPITALARIA /

❖ Si bien la Región disponía de un índice de la estancia media ajustada por debajo de 1 y por lo tanto inferior a la media del SNS, esta ventaja se ha ido perdiendo en los últimos años alcanzando el valor 1 en 2007, lo que refleja que en la actualidad los hospitales de la Región tienen una estancia media similar al resto de los hospitales del SNS.

OBJETIVO: Reducir el índice de estancia media ajustada (IEMA) por debajo de 0,97 en 2015.

ÍNDICE DE LA ESTANCIA MEDIA AJUSTADA (IEMA)



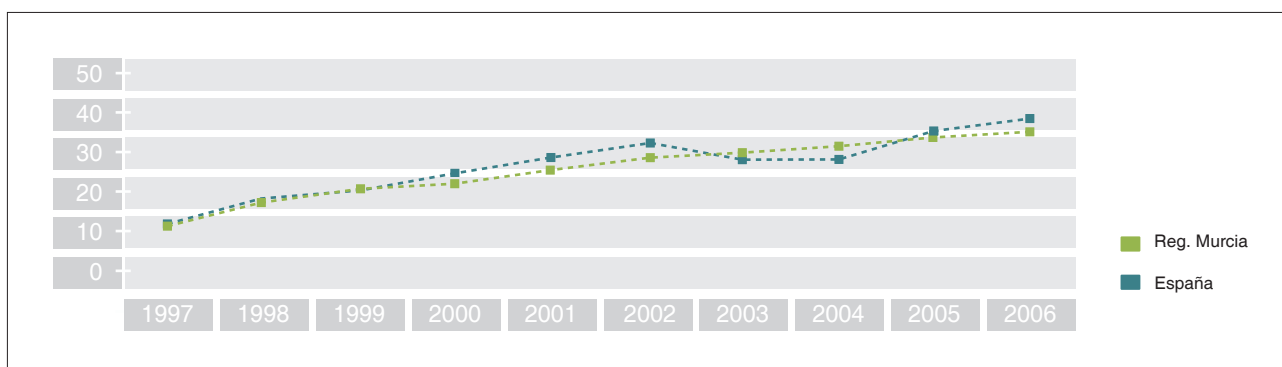
Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

6.6.3.4/ PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULA- TORIOS /

❖ La tasa de realización de procedimientos quirúrgicos de manera ambulatoria se ha ido incrementando con el paso de los años alcanzando el 37% en 2006. Tanto los valores como las tendencias son similares a las del SNS.

OBJETIVO: Incrementar la tasa de realización de procedimientos quirúrgicos ambulatorios por encima de 50% en 2015.

TASA DE REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE MANERA AMBULATORIA



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSPS 2009

6.6.3.5/ HOSPITALIZACIONES EVITABLES /

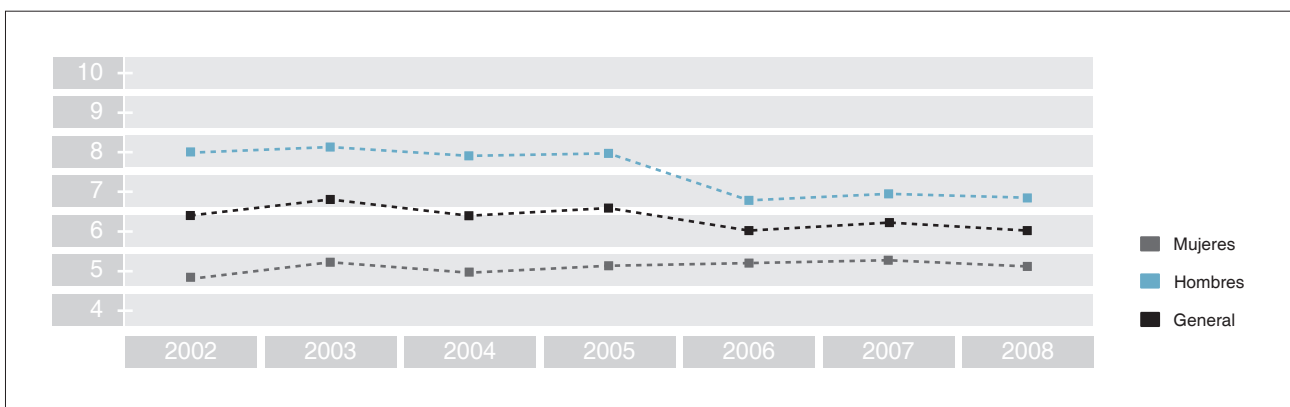
❖ La hospitalización evitable hace referencia a la utilización de los servicios hospitalarios por problemas de salud que se podrían haber prevenido y controlado en la atención primaria o de manera ambulatoria. Miden el volumen de actividad hospitalaria potencialmente prevenible y, de manera indirecta, la eficiencia

del sistema, ya que una reducción de las hospitalizaciones evitables mejoraría la calidad y los costes del sistema sanitario.

❖ A la espera de una técnica consensuada para su cálculo, se han empleado dos métodos diferentes, el utilizado por el grupo de investigación en variaciones de la práctica médica (VPM) y el utilizado por la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ). Aunque ambos arrojan resultados diferentes, porque no incluyen los mismos motivos de ingreso, muestran una tendencia descendente en la Región con mayor número de hospitalizaciones evitables entre los hombres.

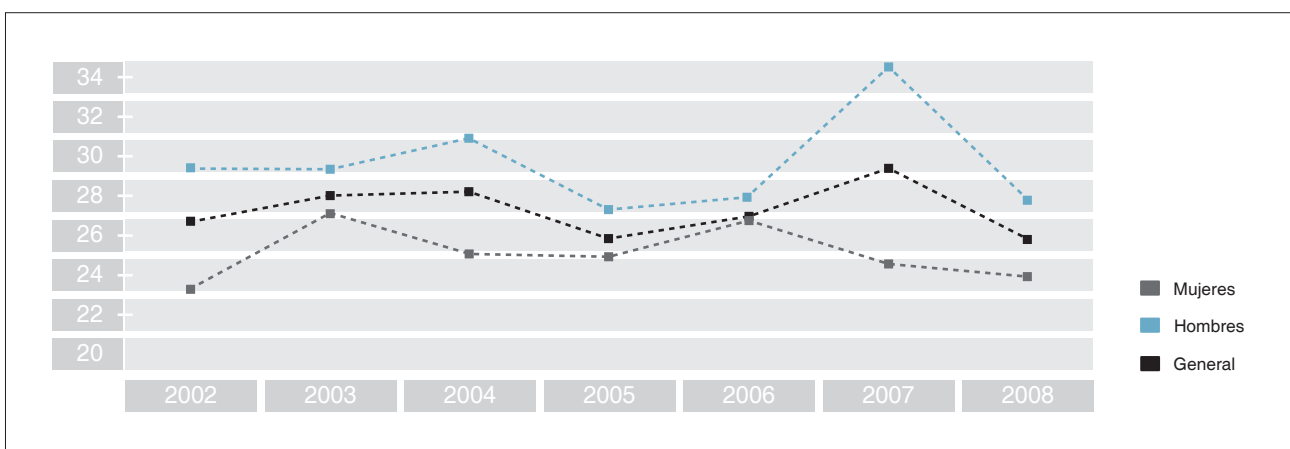
OBJETIVO: Reducir en un 20% la tasa de hospitalizaciones evitables en 2015, para alcanzar valores inferiores a 4,75/1.000 con el método VPM e inferiores a 20/1.000 con el método AHRQ.

TASAS DE HOSPITALIZACIONES EVITABLES POR 1.000 INGRESOS. EDAD SUPERIOR A 14 AÑOS. VERSIÓN VPM



Fuente: Registro Regional del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo

TASAS DE HOSPITALIZACIONES EVITABLES POR 1.000 INGRESOS. EDAD SUPERIOR A 14 AÑOS. VERSIÓN AHRQ



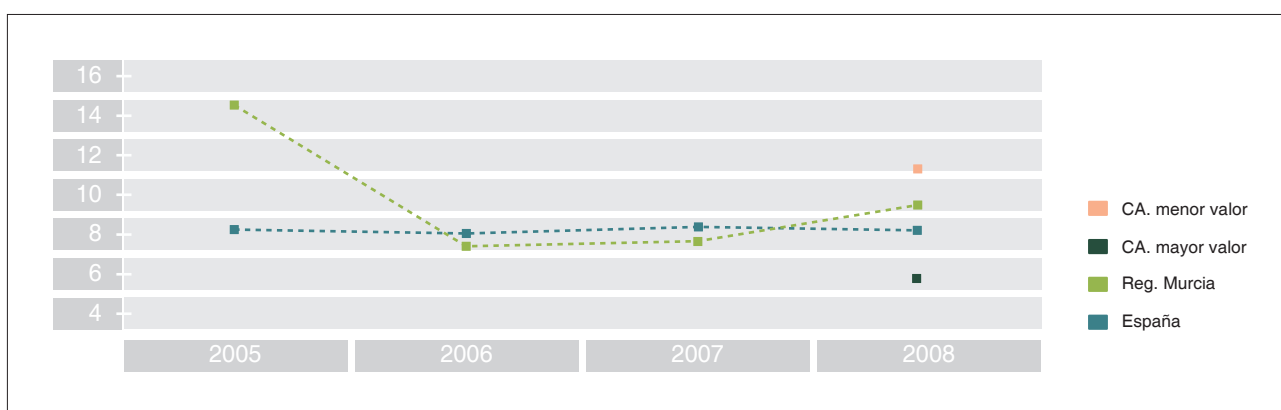
Fuente: Registro Regional del CMBD. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo

6.6.3.6/ INFECCIÓN NOSOCOMIAL /

- ❖ La tasa de infección nosocomial se situó en el año 2008 en el 9,31%, por encima de la media española.

OBJETIVO: Reducir la prevalencia de la infección nosocomial por debajo del 7% en el año 2015.

PREVALENCIA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES. EPINE



Fuente: Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España (EPINE 2008). Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene

6.6.4/ ESTRATEGIAS DE IN- TERVENCIÓN SOBRE EL SISTEMA SANITARIO /

6.6.4.1/ POLÍTICAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD /

Justificación y condicionantes

- ❖ Las políticas de gestión pretenden actuar sobre el modelo de organización, distribución de competencias y gestión de recursos vigentes actualmente en el sistema sanitario, para poder afrontar con mayor eficacia los retos que plantea la ejecución de este Plan de Salud.
- ❖ La Región de Murcia ha seleccionado el modelo europeo de calidad (EFQM) como referencia para orientar y definir su sis-

tema de gestión. A tal fin, en los últimos años se han tomado diversas iniciativas que han culminado con la incorporación en el contrato de gestión del compromiso de realizar una autoevaluación EFQM anual de todos los centros.

- ❖ El modelo europeo de calidad, EFQM, por su consideración de modelo de Calidad Total, exige actuar de una forma equilibrada en la satisfacción de las expectativas de la población, profesionales y sociedad en general, así como contribuir a la sostenibilidad y perdurabilidad del sistema sanitario en su conjunto.
- ❖ De forma complementaria, se acaba de definir en la Región un modelo de acreditación sanitaria, que intenta incorporar en los objetivos del SMS la mejora continua basada en la dinámica de autoevaluaciones anuales y planes de mejora según la perspectiva EFQM, promoviendo una acreditación integrada de los dispositivos sanitarios de la Región, incorporando criterios de excelencia empresarial a la gestión y funcionamiento de los servicios sanitarios.
- ❖ Las políticas de calidad relacionadas con la seguridad clínica han ocupado un papel destacado en los últimos años como consecuencia del protagonismo de las complicaciones y efectos adversos producidos por una medicina que cada vez

dispone de un arsenal terapéutico mas efectivo pero también con mayores riesgos en su utilización. Tanto desde la Unión Europea como desde el Ministerio de Sanidad y Consumo se han desarrollado estrategias de intervención relacionadas con la seguridad clínica en un intento de reducir la carga de mortalidad y morbilidad generada por el sistema sanitario. En el Libro Blanco «Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)» de la Comisión Europea considera la seguridad de los pacientes como una de las líneas de acción comunitaria.

- ❖ En una reciente recomendación del Consejo de la Unión Europea sobre la seguridad de los pacientes, se recoge que en los Estados miembros entre un 8 y un 12% de los pacientes ingresados sufre efectos adversos durante su tratamiento y uno de cada veinte pacientes hospitalizados sufre infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

- ❖ La exigencia de una asistencia sanitaria integrada basada en la cooperación entre niveles, señalada reiteradamente en este Plan de Salud, aconseja actuar sobre la estructura de distribución de competencias como condición necesaria, pero no suficiente, para dar continuidad a la asistencia sanitaria. En coherencia con este planteamiento, se identifica la necesidad de potenciar la implantación de las gerencias únicas de área sanitaria como modelo base de integración de la gestión de los recursos y de la evaluación de resultados.

- ❖ Este modelo de gerencias de área debe estar completado con un sistema de planificación y ordenación de los recursos asistenciales y de salud pública, según criterios de efectividad y necesidad poblacional.

- ❖ La actuación de los centros sanitarios debe orientarse a lograr determinados resultados negociados con el financiador, pero contemplando, dentro del marco legal, una transferencia progresiva de las responsabilidades de gestión hacia el proveedor, que ha de complementarse con niveles adecuados de autonomía en la toma de decisiones en su ámbito de actuación.

- ❖ El éxito de este Plan de Salud está condicionado en gran medida por su capacidad de implicar a los profesionales en su puesta en marcha. Para ello, se plantea el desarrollo de nuevos modelos de gestión basados en la participación de los profesionales en la gestión de los recursos y en la descentralización del compromiso y de la responsabilidad. En esta línea, se plantea crear unidades de Gestión Clínica que traten de una forma integral los problemas de salud, dotadas de la capacidad e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades en un marco de contrato de objetivos coherente con el modelo al que está sujeto el centro como proveedor de servicios del Sistema Sanitario.

- ❖ En relación a la gestión de los recursos, mencionar que las políticas de calidad asistencial, así como otros criterios de efi-

cia y eficiencia, requiere un adecuado soporte para la información clínica que, además de su recogida y posterior consulta, permita funcionalidades de simplicidad, agilidad, idoneidad y seguridad en el desempeño profesional.

- ❖ La política de inversiones de la Consejería debe ser, además de viable económicamente, efectiva, atendiendo a criterios explícitos consensuados desde el punto de vista técnico y, también, social.

- ❖ Por último, la prevalencia de las enfermedades mentales, su relevancia para la salud de la población y su estrecha relación con la enfermedad somática, aconsejan un modelo de trabajo compartido donde la Salud Mental tenga la consideración de un servicio más que debe compartir recursos con el resto y estar, por tanto, sometido a los criterios de gestión que se ejecutan en los niveles tradicionales de atención. Esta integración debe facilitar el desarrollo específico de técnicas y procedimientos de actuación que imperan en la especialidad, haciendo hincapié en los recursos de rehabilitación e integración social de los pacientes.

Propósito

- ❖ Impulsar la red sanitaria de utilización pública en torno a áreas de gestión integral de servicios sanitarios.

- ❖ Incorporar los criterios de excelencia empresarial a la gestión y funcionamiento de los servicios sanitarios.

- ❖ Incorporar en los objetivos del SMS la mejora continua, basada en autoevaluaciones y planes de mejora, según la perspectiva de EFQM.

- ❖ Desarrollar modelos de actuación integrados en las áreas bajo una dirección única que gestione la totalidad de los recursos que el sistema sanitario dispone, incorporando los dispositivos de salud pública. Esta estructura debe facilitar un funcionamiento adecuado basado en lo resolutivo, la continuidad asistencial y la efectividad clínica.

- ❖ Reforzar la seguridad clínica de los centros del SMS.

- ❖ Potenciar la gestión clínica como instrumento de participación, implicación y motivación de los profesionales.

- ❖ Lograr un desarrollo integrado de las Tecnologías de la Información y Comunicación en el sistema sanitario, explotando todas las oportunidades que ofrecen, fundamentalmente la Historia Clínica de salud compartida en el SMS, integrada con un modelo adecuado de prescripción electrónica y con el apoyo de sistemas de comunicación que faciliten nuevas modalidades asistenciales como las derivaciones no presenciales entre profesionales o la asistencia a los pacientes por vía telefónica o electrónica. Este desarrollo de los sistemas de información debe posibilitar las necesidades de gestión del SMS y de la

Consejería de Sanidad y Consumo, simplificando los trámites administrativos y permitiendo la evaluación de los resultados.

❖ Profundizar en la política de planificación, ordenación y renovación de las infraestructuras sanitarias y dotación de centros y áreas sanitarias, de acuerdo a unos criterios definidos basados, entre otros, en población cubierta, indicadores de salud y morbilidad atendida y eficiencia y efectividad clínica en su utilización.

❖ Desarrollar e implantar un nuevo modelo de contratación plurianual con los proveedores de servicios de salud que incorpore medidas de autonomía progresiva en la toma de decisiones gestoras e incentivos basados en resultados.

❖ Impulsar e integrar plenamente en las áreas sanitarias la red de servicios de salud mental fomentando los dispositivos de atención comunitaria.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Potenciar la Implantación de las gerencias únicas como modelo base de integración de la gestión de los recursos y de la evaluación de resultados.	Gestión		Sanidad SMS	2009	2011
Programa plurianual de autoevaluación de centros en base al modelo EFQM y elaboración del Plan de Mejora anual por Centro.	Gestión		Consejería de Sanidad y Consumo	2009	2015
Revisión e impulso al desarrollo de la Gestión Clínica en el SMS.	Fortalecimiento del sistema sanitario	Productividad variable e inversiones en Unidades	SMS Gerencias	2009	2015
Desarrollar estructuras de salud pública en áreas sanitarias.		Dotación de recursos Especialista y técnico por área		2009	2015
Publicación de normativa de acreditación y red asistencial.	Normativa		Gob. Regional	2009	
Desarrollo del Plan de Acreditación Sanitaria de la Región de Murcia.	Gestión		Sanidad	2009	2015
Consolidar el programa de formación en calidad para los profesionales de salud de la Región de Murcia.	Gestión		Sanidad SMS	2010	2015
Desarrollar e integrar los sistemas de información de soporte a la gestión clínica y a las actividades de salud pública.	Sistemas de información		Sanidad SMS	2009	2011
Incorporar los objetivos del Plan de Salud a los contratos de gestión que establece el SMS con sus centros asistenciales.	Gestión		SMS	2009	2015
Impulsar e integrar la red de servicios de salud mental en la red asistencial del SMS.	Gestión		SMS	2009	2015
Reforzar la cultura de seguridad del paciente en los Centros del SMS a través de la organización de actividades divulgativas, científicas y de formación.	Prevención		SMS	2009	2015
Reducir la incidencia de la infección nosocomial desarrollando políticas integradas en el SMS orientadas a su prevención y a reforzar los sistemas de información de soporte.	Prevención	Refuerzo/creación de Servicios de Medicina Preventiva	SMS	2009	2015
Desarrollar programas para el refuerzo de la seguridad clínica en diferentes ámbitos de actuación y entre ellos: - Cirugía y anestesia seguras. - Prevención de errores en medicamentos.	Prevención		SMS	2009	2015

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Desarrollar e implantar en el SMS un panel de indicadores para la medición y evaluación de la Seguridad Clínica.	Prevención		SMS	2009	2015
Crear sistemas de aprendizaje y de notificación que recojan el grado y las causas de los efectos adversos.	Prevención		SMS	2009	2015

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
% de valoraciones positivas de los servicios de atención primaria.	>79%	>80%	>80%	>80%
% de valoraciones positivas de la encuesta de Hospitalización (90,9% en 2007).	>90%	>90%	>90%	>90%
Nº de áreas de salud bajo el modelo de Gerencia Única.	3	7	9	9
Nº de áreas de salud con dispositivos específicos de salud pública.	2	5	7	9
% de profesionales que tienen acceso a la HCE en a. especializada.	referencia	30%	50%	90%
% de unidades de salud pública con al menos un profesional con acceso a datos clínicos de interés para la salud pública.		75%	100%	
Numero de centros de Salud Mental de atención comunitaria por habitante. (16 centros en 2009).	1 por 88.000			> Ratio nacional
Razón primeras/sucesivas consultas (0,61 en 2008).	0,58	0,55	0,52	0,49

6.6.4.2/ POLÍTICAS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Justificación y condicionantes

❖ La mejora y avance del sistema sanitario necesita la participación de aquellos a los que dirige sus servicios (los ciudadanos y los pacientes). Ambos deben empujar responsablemente al sistema hacia su mejora, dejando a la autoridad sanitaria la responsabilidad de planificar y gestionar el camino y a los profesionales la implantación y desarrollo de las iniciativas propuestas.

❖ Para impulsar la participación ciudadana es necesario que la sociedad conozca de primera mano cuál es la realidad objetiva del funcionamiento del sistema sanitario mediante iniciativas de comunicación externa.

❖ El impulso de la participación ciudadana en la mejora del sistema sanitario debe hacerse desde una posición de gran credibilidad y de firme resolución en la vigilancia y corrección de los

problemas que se detecten, más aun cuando estos afectan a aspectos básicos de la población en su condición de usuarios.

Propósito

❖ Disponer de un marco normativo que impulse, facilite y regule la participación ciudadana en la evaluación y detección de oportunidades de mejora del sistema sanitario.

❖ Definir e implantar un plan estable de comunicación externa dirigido a la población.

❖ Hacer perceptible para el ciudadano la preocupación de la Administración Regional de velar por los derechos de los pacientes en su condición de usuarios de un servicio público esencial.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Desarrollar el marco normativo en materia de Derechos y Deberes de los usuarios del sistema sanitario, especialmente en lo referente a la participación social y sus cauces.	Legislativa		Sanidad Administración local	2009	2010
Elaborar e implantar un plan de comunicación externa orientado a difundir las iniciativas de Plan de Salud y promover su implicación con el cuidado de su propia salud.	Información	Apoyo de Consultoría para el desarrollo del Plan de Comunicación Externo	Sanidad	2009	2015
Revisión de los criterios y procedimiento de actuación de los Servicios de Atención al Paciente para adaptarlos a las expectativas de los usuarios.	Fortalecimiento del sistema sanitario		Sanidad	2009	2011

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
% de valoraciones positivas de los servicios de atención primaria.	>79%	>80%	>80%	>80%
% de valoraciones positivas de la Encuesta de Hospitalización (90,9% en 2007).	>90%	>90%	>90%	>90%
Nº de sugerencias formuladas por los usuarios/10.000 habitantes (valor absoluto: 609 en 2008; 4,3 por 10.000).		>5	>6	>7
Elaboración y puesta en marcha del Plan de Comunicación Externa.		Elaborado	En marcha	En marcha
Nº de reclamaciones presentadas al sistema sanitario por los usuarios (escrita, por internet, verbal, etc) /10.000 habitantes (valor absoluto: 11.149 en 2008).	<80	<75	<70	<70
% de Consejos de Salud de Área con al menos 2 reuniones al año.		25%	75%	100%

6.6.4.3/ VARIABILIDAD CLÍNICA Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL /

Justificación y condicionantes

❖ La división del sistema sanitario en niveles de atención, basados en la complejidad y nivel de especialización de los recursos, es una medida efectiva para encauzar la progresiva complejidad del conocimiento científico y el adiestramiento en técnicas más complicadas. Sin embargo, este desarrollo ha propiciado modelos de actuación no integrados, basados en la derivación entre niveles asistenciales y, como consecuencia, en muchos casos, la interrupción de los itinerarios asistenciales cuando el paciente cambia de nivel asistencial.

❖ Si bien en los últimos años se han elaborado vías clínicas y protocolos que guían la actuación asistencial, la variabilidad clínica sigue siendo un problema relevante que, en muchos casos, genera inequidades e ineficiencias. Por ello, es necesario mantener y reforzar las iniciativas de sistematización de la práctica clínica desde un consenso clínico y una visión multidisciplinar de todos los profesionales que cooperan en la atención a los diferentes problemas de salud.

❖ Es indudable que determinadas enfermedades de alta prevalencia y larga evolución requieren un planteamiento distinto, basado en un modelo de actuación compartida entre niveles, donde la simultaneidad de las acciones debe producirse de forma previamente planificada para conseguir un dispositivo asistencial sustentado en la cooperación y continuidad asistencial. A pesar de que el desarrollo científico y tecnológico apuntan, tanto para profesionales como para pacientes, de una forma continua a incorporar las últimas novedades, este modelo de atención no debe olvidar que la prevención es el enfoque más eficaz para el abordaje de cualquier enfermedad.

Propósito

- ❖ Fomentar la actuación del sistema sanitario hacia la gestión de las enfermedades mediante procesos de atención integral que actúen a lo largo de todo el ciclo de génesis y evolución de la enfermedad.
- ❖ Disminuir la variabilidad existente en la práctica clínica, que no está justificada o no es esperable siguiendo las recomendaciones derivadas del conocimiento científico actual.
- ❖ Asegurar la continuidad asistencial en el proceso de atención estableciendo en Atención Primaria, la función de indicación y supervisión del diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente.
- ❖ Gestionar la asistencia a las diferentes enfermedades a través de procedimientos de optimización de cuidados mediante la coordinación de recursos a lo largo de todo el sistema de salud, durante todo el ciclo de vida de la enfermedad, basado

en la evidencia científica y orientado a mejorar la calidad y los resultados (clínicos, económicos, calidad de vida y satisfacción de usuarios y profesionales) al menor coste posible.

- ❖ Incrementar la capacidad resolutive de Atención Primaria, disponiendo de los recursos de tiempo, exploraciones y condiciones necesarias para dar un servicio de calidad, acorde con las necesidades reales de la población.
- ❖ Iniciar un proceso de adaptación de los sistemas de información que garantice la integración de las guías clínicas en la historia clínica electrónica.
- ❖ Proponer objetivos de actuación para garantizar un seguimiento adecuado a los pacientes, evitando situaciones de descoordinación de la atención realizada desde los diferentes niveles asistenciales y colectivos profesionales.
- ❖ Mejorar el uso de los recursos sanitarios y la capacidad resolutive del sistema sanitario.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Diseño, implantación y evaluación de Procesos de Atención Integral del Servicio Murciano de Salud, que incluyan la organización de las tareas en los diferentes ámbitos asistenciales, la participación de los diferentes colectivos profesionales integrando en el mismo los aspectos relativos a la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la enfermedad.	Tratamiento		Sanidad SMS	2009	2015
Potenciación y mejora de los recursos disponibles desde la Biblioteca Virtual del Portal Sanitario Regional (MurciaSalud) sobre evidencias científicas, guías clínicas e indicadores de evaluación de los principales problemas clínicos.	Sistemas de información	Recursos materiales y humanos	Sanidad SMS	2010	2015
Desarrollar en la Historia clínica electrónica un sistema de registro específico para el seguimiento y aplicación de las guías clínicas que se vayan elaborando e implantando.	Sistemas de información	Desarrollo aplicación informática	Sanidad SMS	2010	2015
Establecer pautas de actuación integradas y normalizadas en el sistema sanitario para los pacientes pluripatológicos incorporando entre sus contenidos la coordinación entre atención primaria y especializada.	Tratamiento		SMS		

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
Nº de Procesos de atención integral implantados con evaluación de resultados.		>25%	>40%	>50%
% de indicadores de procesos implantados con evaluación positiva.		>50%	>70%	>80%
% de profesionales que incorporan en su práctica habitual el seguimiento de las recomendaciones de las Guías clínicas en la actividad a los problemas de salud seleccionados como más relevantes en el Plan de Salud y que son de su competencia.		20%	40%	60%
Nº de actividades de continuidad asistencial que cada Gerencia debe implantar, y que han de estar orientadas a conseguir objetivos en salud bien definidos y que disponen de periodos de tiempo y espacio establecidos para los servicios y EAP implicados.		3	6	10

6.6.4.4/ USO RACIONAL DE MEDICAMENTO

Justificación y condicionantes

- ❖ El estado de salud de la población está directamente relacionado con el acceso a los medicamentos así como a una óptima utilización de los mismos. Es un compromiso de la Consejería de Sanidad y Consumo y del SMS garantizar a los ciudadanos, con criterios de equidad y rigor científico, el acceso a los medicamentos que precisen para disfrutar del mejor estado de salud alcanzable.
- ❖ La Consejería de Sanidad y Consumo y el SMS tienen la responsabilidad de garantizar un uso adecuado, efectivo y eficiente de los medicamentos, tanto por parte de los ciudadanos como por los profesionales. Con esta finalidad promoverá políticas encaminadas a generar en la Región de Murcia una cultura que contribuya a la “sostenibilidad” del sistema sanitario público.
- ❖ Teniendo en cuenta la complejidad derivada del modelo de salud actual, para alcanzar una gestión de calidad en el uso de los medicamentos se va a requerir la participación e implicación de diferentes grupos de profesionales. Por tanto, es necesaria la participación conjunta de, al menos, médicos, enfermeros/as y farmacéuticos como profesionales directamente relacionados con la salud de los ciudadanos y con el uso de los medicamentos. Complementariamente es necesario el compromiso y complicidad de los ciudadanos y pacientes con un uso responsable de los medicamentos.
- ❖ Todas estas orientaciones en relación a los medicamentos exigen de sistemas de evaluación de los criterios de prescripción y uso que permitan la identificación de áreas de mejora y de áreas de conocimiento sobre las que son necesarias reforzar la formación continuada.

❖ Por último mencionar la relevancia que progresivamente están adquiriendo los efectos adversos de los medicamentos y el impacto en la pérdida de salud que representan. Existen numerosas estudios que alertan de la relevancia y frecuencia de los problemas provocados tanto por el uso inadecuado de medicamentos como por los efectos adversos en su uso adecuado, efectos colaterales que reducen de una forma considerable los potenciales beneficios de los medicamentos.

Propósito

- ❖ Disponer de un Programa integral destinado a promover el uso adecuado de los medicamentos en la Región de Murcia.
- ❖ Favorecer políticas y actuaciones encaminadas a facilitar la participación de los ciudadanos en su salud, promoviendo los autocuidados y el compromiso en un uso adecuado de los medicamentos.
- ❖ Impulsar actuaciones dirigidas a apoyar a los profesionales sanitarios para que realicen un uso adecuado y eficiente de los medicamentos, facilitando la toma de decisiones con criterios de rigor científico y gestión clínica.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Disponer de un Programa integral para promover el uso adecuado de los medicamentos.	Fortalecimiento del sistema sanitario		Sanidad	2009	2015
Incorporación de criterios de uso racional del medicamentos en las Guías Clínicas implantadas en el SMS.	Tratamientos		Sanidad	2009	2015
Implantación de programas de atención farmacéutica en las oficinas de farmacia de la Región en colaboración con los profesionales del SMS de su zona.	Fortalecimiento del sistema sanitario		Sanidad Colegio Oficial de Farmacéuticos	2009	2015
Fomentar las actividades de formación continuada dirigidas a médicos, enfermeros y farmacéuticos sobre un uso adecuado de medicamentos.	Formación		Sanidad	2009	2015
Potenciar el despliegue en el SMS de la receta electrónica.	Fortalecimiento del sistema sanitario		Sanidad SMS	2009	2015
Emitir trimestralmente un boletín sobre en las mejores prácticas en el manejo del medicamento en el sistema sanitario murciano.	Fortalecimiento del sistema sanitario	Edición e impresión de boletín	Sanidad SMS	2009	2015
Informar a cada facultativo del SMS de su perfil de prescripción de medicamentos y su comparación con las mejores practica.	Fortalecimiento del sistema sanitario	Desarrollo de sistema de información ad hoc	Sanidad SMS	2009	2015
Refuerzo de los sistemas de farmacovigilancia en base a la explotación de fuentes de información disponibles como prescripción de medicamentos, CMBD y de datos contenidos en la historia clínica electrónica.	Fortalecimiento del sistema sanitario	Desarrollo de Sistemas de Información	Sanidad SMS	2009	2015

METAS PARA LOS INDICADORES	2009	2011	2013	2015
Nº de reuniones anuales de coordinación a nivel Regional de los responsables técnicos del Programa sobre el uso adecuado de medicamentos.	>5	>5	>5	>5
% de guías clínicas implantadas en ámbito Regional que contemplan criterios de uso racional del medicamento.		> 90%	> 90%	> 90%
% de actividades de formación continuada para médicos, enfermeros y farmacéuticos que incluyen criterios de uso racional de medicamento.		30%	50%	80%
% de población atendida que dispone de servicios de atención farmacéutica.		15%	25%	40%
% de Equipos de Atención Primaria que participan en actividades sobre uso adecuado de medicamentos.		80%	90%	90%
% de Servicios de atención especializada que participan en actividades sobre uso adecuado de medicamentos.		40%	60%	90%
% de prescripciones tramitadas de forma electrónica.		25%	50%	90%

6.6.4.5/ FORMACIÓN E INVESTIGA- CIÓN /

Justificación y condicionantes

- En diversos apartados del Plan de Salud se ha identificado la necesidad de mejorar las competencias de los profesionales del sistema sanitario, especialmente en aquellas relacionadas con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del sistema sanitario.
- Los fondos del Gobierno Regional, de la Consejería de Sanidad y Consumo y del SMS destinados a formación e investigación no contemplan de una forma equilibrada la relevancia de las actividades relacionadas con el desarrollo del Plan de Salud. Si consideramos el impacto de las medidas contenidas en el Plan de Salud en la mejora de la salud de la población y el peso de los fondos de formación e investigación destinados a promoción de la salud o prevención de la enfermedad, se aprecia un importante desequilibrio que se intenta corregir desde esta iniciativa.
- Considerando la dificultad de rentabilizar los limitados fondos destinados a actividades científicas y las dificultades de influir en la política científica, competencia gestionada en gran

parte desde la Administración Central, se propone reorientar las ayudas a la investigación de la Región hacia el desarrollo de proyectos de investigación que permitan avanzar en el conocimiento de la evidencia disponible para algunos programas e iniciativas incorporadas en este Plan de Salud o en la medición de la efectividad de las intervenciones planteadas.

- El desarrollo de la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias implica la asunción por parte de las CCAA de competencias en el área de formación especializada. La mayoría de los especialistas en formación que realizan la residencia en la Región de Murcia, ejercerán su especialidad en nuestra comunidad. Ello obliga a contextualizar la formación transversal de los mismos al Plan de Salud.

Propósito

- Orientar las inversiones en formación e investigación en el sistema sanitario hacia actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Apoyar el desarrollo del Plan de Salud desde los fondos que el Gobierno de la Región dispone para realizar actividades formativas y científicas.
- Reforzar los sistemas de información para evaluar el nivel de salud de la población, así como para analizar la efectividad de las intervenciones para la mejora de los indicadores de salud.

ACTIVIDADES PRINCIPALES	TIPO DE INTERVENCIÓN	RECURSOS PRINCIPALES A INCORPORAR	SECTORES IMPLICADOS	FECHA INICIO	FECHA FIN
Desarrollo de un Plan de Formación específico de apoyo al desarrollo del Plan de Salud que incorpore todas las necesidades de formación para asegurar su éxito.	Formación		Sanidad Función Pública FFIS	2009	2015
Establecimiento de un área específica en los fondos destinados a investigación para el apoyo al desarrollo del Plan de Salud.	Investigación		Sanidad FFIS	2009	2015
Impulsar actividades formativas para personal docente y sanitario dentro del marco del Plan de Educación para la Salud en la Escuela.	Formación		Sanidad Educación Ayuntamientos	2009	2015

Actividades de formación continuada	Investigación
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Educación para la salud. ❖ Promoción de la salud: tabaquismo. ❖ Desigualdades en salud. ❖ Evaluación del impacto en salud. ❖ Prevención de la enfermedad. ❖ Enfermedades inmunoprevenibles. ❖ Seguimiento embarazo y lactancia materna. ❖ Implicación del ciudadano con su salud y del paciente con su enfermedad. ❖ Gestión de enfermedades. ❖ Toma de decisiones compartida con los pacientes. ❖ Seguridad clínica. ❖ Uso racional de medicamentos. ❖ Gestión de la calidad/EFQM. ❖ Dirección de equipos humanos. ❖ Habilidades de comunicación con los pacientes. ❖ Otras necesidades de formación detectadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Estilos de vida. ❖ Discapacidad. ❖ Desigualdades en salud. ❖ Desarrollo del sistema de información para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. ❖ Sanidad ambiental. ❖ Continuidad asistencial. ❖ Variabilidad clínica. ❖ Seguridad clínica. ❖ Asistencia sociosanitaria. ❖ Adecuación del uso de medicamentos. ❖ Otras necesidades de investigación detectadas.

Indicadores de seguimiento	2009	2011	2013	2015
% de fondos de formación continuada que se dedican al desarrollo de iniciativas del Plan de Salud.		10%	15%	20%
% de fondos de investigación del Gobierno Regional en ciencias de la salud dedicados al desarrollo de iniciativas del Plan de Salud.		10%	15%	20%

7/ SEGUIMIEN- TO Y EVA- LUACIÓN /

El Plan de Salud de la Región de Murcia 2015 se ha elaborado con el propósito de mejorar la salud de la población reduciendo las desigualdades y fortaleciendo el Sistema Sanitario. Para ello se despliegan una serie de objetivos y estrategias de intervención organizados con tres niveles de relevancia progresiva. Además, se establecen una serie de indicadores que permiten valorar la efectividad de las estrategias en cada nivel y realizar los ajustes pertinentes. Además, para facilitar este proceso de evaluación y seguimiento, el Plan de Salud, se ha fraccionado en **Planes de Actuación para los bienios 2010-2011, 2012-2013 y 2014-2015**.

NIVEL 1. Nivel de salud de la población



NIVEL 2. Condicionantes del nivel de salud de la población



NIVEL 3. Estrategias para alcanzar el nivel de salud de la población

El abordaje de las tareas de evaluación y seguimiento requieren del compromiso de todos los agentes implicados y la disponibilidad de una estructura funcional que lo ejecute. Para ello se han establecido tres niveles de responsabilidad decreciente, que serán ejercidos, respectivamente, por el Comité de Dirección, el **Comité Técnico y los Responsables de las Estrategias de Intervención**:

El **Comité de Dirección**, además de hacer un seguimiento general del Plan de Salud, tendrá como misión principal la de aprobar los cambios de sus contenidos propuestos desde el Comité Técnico o desde otras Consejerías del Gobierno de la Región. Al menos se reunirá una vez al año.

El **Comité Técnico** realizará una labor de seguimiento global del Plan de Salud y principalmente de evaluación de cada uno de los objetivos que forman parte del mismo, proponiendo al Comité de Dirección los cambios y ajustes que considere oportunos. Para ello se estima que deberá reunirse con carácter semestral.

Existirá un **Responsable de Estrategia de Intervención** por cada una de ellas, establecido de acuerdo a la tabla recogida más adelante. Sus funciones se centrarán en:

- ❖ Ejecutar las actuaciones previstas en la estrategia de intervención.
- ❖ Asesorar a la Oficina del Plan de Salud en las reuniones con el SMS para la incorporación de las actividades previstas a los Contratos de Gestión anuales formalizados con las Gerencias de Área y centros asistenciales.

- ❖ Aportar las informaciones y resultados de los indicadores del Cuadro de Mando y la memoria del Plan.
- ❖ Proponer al Comité Técnico los cambios necesarios a realizar para asegurar el éxito del Plan de Salud.

La evaluación y seguimiento se apoya en la figura de la **Oficina del Plan de Salud**, órgano que viene funcionando en el Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria de la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación. Disponer de una Oficina para la gestión y ejecución del Plan de Salud, como una estructura estable, garantiza la introducción de las estrategias formuladas a todas las políticas y proyectos que despliegue la Consejería de Sanidad y Consumo. A tal efecto colaborará estrechamente con el SMS para incorporar en los Contratos de Gestión las actividades previstas en él. Por otro lado, la Oficina asesorará a los órganos directivos de la Consejería de Sanidad y Consumo y del SMS en la interpretación y puesta en marcha de las acciones previstas en el Plan de Salud.

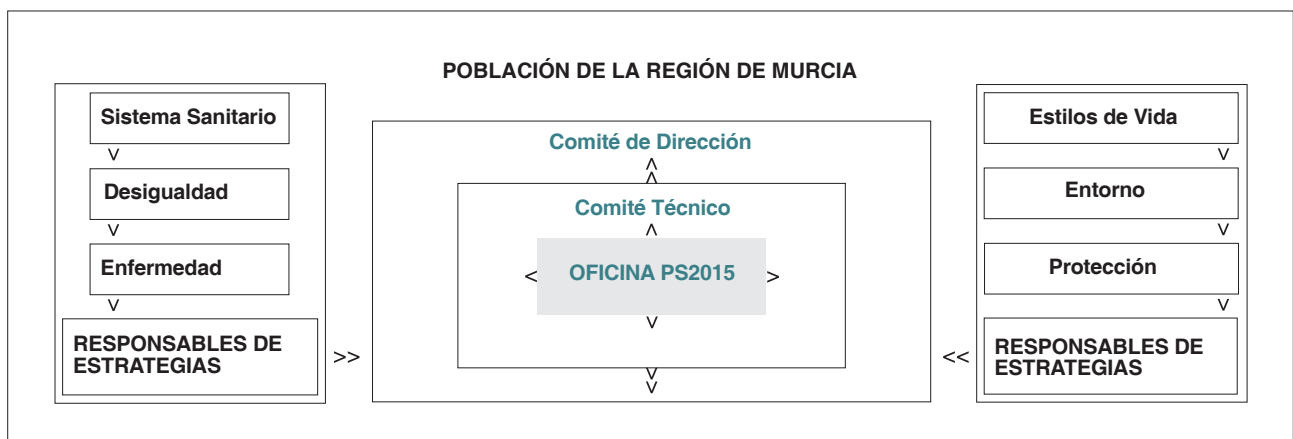
La Oficina dispondrá de un Cuadro de Mando específico para el seguimiento del Plan, a partir del cual realizará una memoria bienal (2011, 2013 y 2015), coincidiendo con la finalización de cada uno de los planes de actuación anteriormente definidos, y una memoria final, que especifique los logros alcanzados de manera global. En el Cuadro de Mando se recogen todos los indicadores necesarios para evaluar el cumplimiento de los objetivos del Plan, que, al igual que éstos, quedan estructurados según su relevancia en tres niveles:

- ❖ Nivel 1: Indicadores que miden el logro de los objetivos dirigidos a incrementar el nivel salud de la población.
- ❖ Nivel 2: Se trata de indicadores que miden el logro de los objetivos intermedios, que abordan los determinantes de la salud y las enfermedades más relevantes.

- ❖ Nivel 3: Incluye aquellos indicadores que valoran el grado de ejecución de las actuaciones previstas en las estrategias de intervención.

El Cuadro de Mando se cumplimentará con carácter anual por la Oficina del Plan de Salud a partir de la información aportada por los responsables de cada estrategia y de los sistemas de información existentes. Para cada uno de los indicadores se especificará el resultado obtenido, la meta a alcanzar y el grado de alcance de la misma expresado en porcentaje. La combinación de todos los resultados permitirá obtener un indicador sintético para cada uno de los tres niveles de objetivos, para cada uno de los determinantes de salud y para cada una de las estrategias de intervención.

DIAGRAMA DE FLUJO DE INFORMACIÓN PARA LA EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD



ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	RESPONSABLE
ESTILOS DE VIDA	
Alimentación	Dirección General de Salud Pública
Ejercicio físico	Dirección General de Salud Pública
Tabaco	Dirección General de Salud Pública
Alcohol y otras drogas	Dirección General de Salud Pública
Estado psicológico saludable	Dirección General de Salud Pública
Educación afectivo-sexual	Dirección General de Salud Pública
Implicación de la ciudadanía con su salud	Dirección General de Salud Pública
ENTORNO	
Entorno saludable	Dirección General de Salud Pública
Entorno laboral seguro y saludable	Dirección General de Salud Pública
Accidentalidad	Dirección General de Salud Pública
PROTECCIÓN COLECTIVA DE LA SALUD	
Seguridad ante los riesgos para la salud colectiva	Dirección General de Salud Pública
Sistemas de información para la protección colectiva de la salud	Dirección General de Salud Pública
ENFERMEDADES RELEVANTES	
Cáncer	Dirección General de Salud Pública
Enfermedades cardiovasculares	Dirección General de Asistencia Sanitaria. SMS
Salud mental	Dirección General de Asistencia Sanitaria. SMS
Demencias	Dirección General de Asistencia Sanitaria. SMS
Enfermedad respiratoria crónica	Dirección General de Asistencia Sanitaria. SMS
Diabetes mellitus	Dirección General de Asistencia Sanitaria. SMS
Enfermedades infecciosas	Dirección General de Salud Pública
Dolor crónico musculoesquelético	Dirección General de Asistencia Sanitaria. SMS
Enfermedades raras	Dirección General de Asistencia Sanitaria. SMS
DESIGUALDADES EN SALUD	
Desigualdades sociales en salud	Dirección General de Salud Pública
Asistencia a la discapacidad	Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación
FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO	
Políticas de gestión de la calidad	Gerencia del SMS
Políticas de participación ciudadana	Gerencia del SMS
Variabilidad clínica y continuidad asistencial	Dirección General de Asistencia Sanitaria. SMS
Uso racional del medicamento	Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación
Formación continuada e investigación	Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación

8/ COMITÉS Y GRUPOS DE TRABAJO /

8.1/ COMITÉ DE DIRECCIÓN /

- ❖ María Ángeles Palacios Sánchez / Consejera de Sanidad y Consumo
- ❖ José Luis Gil Nicolás / Secretario General de la Consejería de Sanidad y Consumo
- ❖ José Manuel Allegue Gallego / Gerente del Servicio Murciano de Salud
- ❖ Tomás Fernández Aparicio / Director General de Asistencia Sanitaria
- ❖ Francisco José García Ruiz / Director General de Salud Pública
- ❖ José Antonio García Córdoba / Director General de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica
- ❖ Juan Manuel Ruiz Ros / Dirección General de Atención al Ciudadano, Drogodependencias y Consumo
- ❖ Joaquín A. Palomar Rodríguez / Jefe de Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria
- ❖ Pablo López Arbeloa / Innovasalud Consultoría Sanitaria

8.2/ COMITÉ TÉCNICO /

- ❖ José Antonio García Córdoba. / Director General de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica
- ❖ Francisco José García Ruiz. / Director General de Salud Pública
- ❖ José Javier Herranz. / Subdirector General de Asistencia Primaria y Urgencias y Emergencias Sanitarias

- ❖ Susana Sánchez Bautista / Subdirectora General de Asistencia Especializada
- ❖ Carlos Giribert Muñoz / Subdirector General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica
- ❖ Diego Miñano Sarabia / Subdirector General de Atención al Ciudadano e Inspección Sanitaria
- ❖ Carmen Navarro Sánchez / Jefa de Servicio de Epidemiología
- ❖ José Joaquín Gutiérrez García / Jefe de Servicio de Promoción y Educación para la Salud
- ❖ Blas Alfonso Marsilla de Pascual / Jefe Servicio Seguridad Alimentaria y Zoonosis
- ❖ Jose Antonio Molina Illán / Jefe de Servicio de Inspección de Centros Servicios y Establecimientos Sanitarios
- ❖ Joaquín A. Palomar Rodríguez / Jefe de Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria
- ❖ Olga Monteagudo Piqueras / Técnico Salud Pública
- ❖ Francisco Pérez Riquelme / Técnico Responsable Educación para la Salud
- ❖ María Luisa Usera Clavero / Técnico Salud Pública
- ❖ Asensio López Santiago / Médico de Familia
- ❖ Pablo López Arbeloa / Innovasalud Consultoría Sanitaria
- ❖ Óscar Moracho del Río / Innovasalud Consultoría Sanitaria
- ❖ Alonso Romero, Jose Luis
- ❖ Andreo Martínez, José Antonio
- ❖ Ballester Blasco, Josefa
- ❖ Barón Saura, José María
- ❖ Barragán Pérez, Alberto
- ❖ Berlinches Acin, Pilar
- ❖ Blázquez Garrido, Rosa
- ❖ Brando Asensio, Inmaculada
- ❖ Calderó Bea, María Dolores
- ❖ Carballo Álvarez, Luis Fernando
- ❖ Castillo Gómez, Carmen
- ❖ Cayuela Fuentes, Juana María
- ❖ Celdrán Lorente, Josefina
- ❖ Cerro Oñate, Matías del
- ❖ Cervantes Pardo, Antonio
- ❖ Chirlaque López, María Dolores
- ❖ Cirera Suárez, Lluís
- ❖ Clemente Soubriet, Teresa Susana

8.3/ GRUPOS DE TRABAJO /

- ❖ Albaladejo Monreal, Eduardo
- ❖ Albarracín Navarro, José Luis
- ❖ Alcaraz Quiñonero, Manolo
- ❖ Alemán Lorenzo, Antonio
- ❖ Concepción Salesa, María Asunción de
- ❖ Cruzado Quevedo, José
- ❖ Cubillana Herrero, José Domingo
- ❖ Durán Iniesta, Josefa
- ❖ Espinosa López, Francisco Javier
- ❖ Fernández Cuenca, Juana
- ❖ Ferrer Mora, Antonio
- ❖ García Fulgueiras, Ana María
- ❖ García García, Josefina
- ❖ García Gómez, María Pilar

- ❖ García Ortuzar, Visitación
- ❖ García Pina, Rocío
- ❖ Giménez Arnau, Javier
- ❖ Gómez Campoy, María Elisa
- ❖ Gómez Ruiz, Mercedes
- ❖ Gómis Cebrián, Rafael
- ❖ Guillén Pérez, José Jesús
- ❖ Gutiérrez García, José Joaquín
- ❖ Gutiérrez Santos, Manuel
- ❖ Hernández Martínez, Antonio Miguel
- ❖ Hernando Arizaleta, Lauro
- ❖ Illán Cano, Isabel
- ❖ León León, José
- ❖ López Alegría, Carmen
- ❖ López Arbeloa, Pablo
- ❖ López Belmonte Benavente, Yolanda
- ❖ López Domínguez, Orencio
- ❖ López Escar, Mercedes
- ❖ López Lacoma, José Carlos
- ❖ López Sánchez, Luis
- ❖ López Santiago, Asensio
- ❖ Lozano Polo, Adelaida
- ❖ Macías Cerrolaza, José Antonio
- ❖ Madrid García, Ginés
- ❖ Madrigal de Torres, Juan
- ❖ Marín Lopez, Josefina
- ❖ Marsilla de Pascual, Blas Alfonso
- ❖ Martín García-Sancho, Julio César
- ❖ Martínez Albaladejo, Yolanda
- ❖ Martínez Escandell, Roque
- ❖ Martínez Losa, Adoración
- ❖ Martínez Moreno, Fuensanta
- ❖ Mazón Hernández, María Gema
- ❖ Menárguez Puche, Juan Francisco
- ❖ Mendaña Cubero, Sol
- ❖ Mené Fenor, Enrique
- ❖ Molina Boix, Manuel
- ❖ Molina Illán, Jose Antonio
- ❖ Monteagudo Piqueras, Olga
- ❖ Moracho del Río, Óscar
- ❖ Morales Ortiz, Ana
- ❖ Moreno Gil, Pedro José
- ❖ Navarrete Montoya, Agustín
- ❖ Navarro Alonso, Jose Antonio
- ❖ Navarro Mateu, Fernando
- ❖ Navarro Sánchez, Carmen
- ❖ Ortín Arroniz, José Manuel
- ❖ Palomar Rodríguez, Joaquín Alfonso
- ❖ Pascual Saura, Herminia
- ❖ Peñalver Asensio, Antonio
- ❖ Pérez Crespo , Francisco
- ❖ Pérez Fuentes, Tomás
- ❖ Pérez López, Pedro
- ❖ Pérez Riquelme, Francisco
- ❖ Pérez Soler, César
- ❖ Pérez Tomás, Rosa

- ✦ Ponce Fernández, Raquel
- ✦ Pozo, Pedro
- ✦ Ramírez Espín, Francisco
- ✦ Ramón Esparza, Teresa
- ✦ Ramos Hernández, María Paz
- ✦ Redondo Sánchez, Caridad
- ✦ Rimblas Corredor, Eulalia
- ✦ Robles Sánchez, Fuensanta
- ✦ Rodríguez Gancedo, María Begoña
- ✦ Ros Berruezo, Gaspar
- ✦ Rueda Salmerón, Jerónimo
- ✦ Ruiz Ortega, Jose María
- ✦ Salinas Ramos, Juan Domingo
- ✦ Sánchez Bautista, Susana
- ✦ Sánchez Nieto, Juan Miguel
- ✦ Sánchez Sánchez, Fuensanta
- ✦ Santiuste De Pablos, Carmen
- ✦ Sanz Mateo, Gonzalo
- ✦ Soler Morales, Carmen
- ✦ Soler Torroja, Mario
- ✦ Soto Fernández, Carmen
- ✦ Soto Martínez, Andrés Salvador
- ✦ Titos Gil, Salvadora
- ✦ Tormo Diaz, María José
- ✦ Úbeda Ruiz, Pedro José
- ✦ Usera Clavero, María Luisa
- ✦ Valbuena Moya, Susana
- ✦ Velasco Soria, Ángeles
- ✦ Zancajo Villa, Alberto



