



## **Apoyos necesarios**

## **Apoyos necesarios**

Para la consecución de los objetivos expuestos en los capítulos precedentes, es imprescindible la adopción de estrategias complementarias favorecedoras de los cambios propuestos. Estas estrategias inciden, en diferente grado, en gran parte de los problemas y objetivos enunciados, por lo que necesitan de un abordaje global.

En primer lugar es necesario propiciar una modificación cultural entre los protagonistas del cambio, de forma que se acepte plenamente el papel limitado del sistema sanitario en la determinación del nivel de salud de la población, se oriente la preparación científico-técnica en función de las necesidades sociales y se adquieran las habilidades y actitudes necesarias para el abordaje de los problemas de salud desde una óptica de promoción y prevención.

Este cambio cultural afecta tanto a los profesionales en contacto diario con los usuarios como a los responsables de la planificación y gestión. Ambos colectivos necesitan disponer de sistemas de información que permitan conocer el grado de consecución de los objetivos del sistema de salud, ya sea en la mejora del nivel de salud, en la evolución de sus determinantes o en el uso eficiente de los recursos y la satisfacción de la comunidad.

Un sistema de salud centrado en la promoción y en la prevención necesita de la participación de la comunidad en su gestión, de forma que ésta se implique directamente en la adopción de unos estilos de vida favorecedores de la salud y en la determinación de las prioridades del sistema.

Lo novedoso de estas estrategias hace necesaria la adopción de una política de investigación y desarrollo del sector salud al servicio de ellas, orientada a incrementar los conocimientos sobre la distribución entre la población de la salud y de la enfermedad y sus determinantes físicos, biológicos y socioculturales, mejorar los métodos de intervención frente a los problemas más relevantes y perfeccionar los procedimientos de toma de decisiones, de planificación y de gestión de los recursos sanitarios, a la vez que contribuya al progreso social y económico de la Región.

Por todo ello, en este apartado se agrupan los objetivos relacionados con los sistemas de información necesarios para la planificación sanitaria, la formación y perfeccionamiento de los recursos humanos del sistema, la investigación en ciencias de la salud y la participación de la población en la gestión de los recursos sanitarios y en la mejora de los niveles de salud.

## **Sistemas de información**

La información es un instrumento básico en todo proceso de planificación, al permitir la toma de decisiones basada en el conocimiento previo de la realidad. En los sistemas sanitarios esta información debe orientarse a la evaluación de sus objetivos estratégicos a través del conocimiento del estado de salud de la población, de los principales factores ligados al medio ambiente físico y social que inciden en ella y a la monitorización de los recursos del sector salud y su utilización.

El nivel de salud de la población se estima fundamentalmente a partir de la información aportada por los Registros de Mortalidad, el Registro de Cáncer, el Sistema de Información Sanitaria sobre Enfermedades de Declaración Obligatoria, el Registro de Accidentes y Enfermedades Laborales y los partes de Incapacidad Laboral Transitoria, complementados con algunas encuestas específicas.

La información relacionada con el medio físico está desestructurada y dispersa entre múltiples organismos. Los estilos de vida, principales determinantes de la salud de la población, sólo son abordados de forma parcial por algunas encuestas restringidas a determinados ámbitos (SIDA y Adolescencia, Tabaquismo en Escolares, Alimentación en Población Adulta). Finalmente, la información relacionada con los servicios sanitarios dispone asimismo de algunos registros continuos y de encuestas periódicas que, en general, ofrecen una información dispersa y poco homogénea.

Por otra parte, un sistema sanitario integral orientado a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, necesitan de unos tipos de información hasta ahora no contemplados (modos de vida, riesgos evitables, capacidad funcional de los enfermos), en gran medida producidos en otros sectores.

Todo ello implica la necesidad de establecer sistemas que integren y coordinen la información procedente de los diversos niveles del sistema sanitario y de otros sectores, a fin de responder a las necesidades de planificación, de gestión y la evaluación, de apoyar la vigilancia epidemiológica de las enfermedades y de los factores de riesgo y constituir una fuente de información para la comunidad científica, los profesionales de la salud y para el usuario.

Los diferentes grupos de trabajo que han colaborado en la realización de este Plan de Salud, han puesto de manifiesto que, a pesar de los esfuerzos realizados últimamente, existen deficiencias importantes en la calidad de la información sanitaria, ya sea por su inexistencia, fiabilidad, falta de integración, la contradicción entre diferentes fuentes o la dificultad para acceder a ella.

**OBJETIVO 94. En 1996 todas las Areas de Salud habrán puesto en marcha un Sistema Unificado de Información Sanitaria que complete y mejore los actuales sistemas de información.**

**94.1.** En 1993 una comisión conjunta de Insalud y la Consejería de Sanidad realizará un proyecto de Sistema Unificado de Información Sanitaria. Este sistema, siguiendo las recomendaciones incluidas en el Plan de

Salud, incluirá aspectos demográficos, socioeconómicos, medioambientales, nivel de salud, estilos de vida, utilización y recursos del sistema sanitario y satisfacción del usuario; asimismo, permitirá el análisis comparado por Areas de Salud, centros y servicios de los principales indicadores y procesos.

- 94.2.** En 1994 se realizará una experiencia piloto sobre el Sistema de Información Sanitaria Unificado en el Area de Salud de Cartagena, que se extenderá al resto de las Areas de Salud de la Región a partir de 1995.

## **Docencia**    **Formación universitaria**

Los actuales planes de formación en ciencias de la salud se crearon a lo largo de los años 60 y 70 tomando como eje de referencia al hospital. A él pertenecen los docentes, en él se realizan las prácticas, y cómo no, se enseñan las formas de trabajo y técnicas propias de estos centros. Inevitablemente, “la orientación de la formación que de ello resulta es curativa y especializada, y está basada en una tecnología perfeccionada y elitista” (Katz y Fulop. O.M.S., 1980). Sin embargo la diversidad de factores determinantes de la salud hace necesario un abordaje multidisciplinario de ésta respaldado por la participación de la población, con un enfoque orientado, además de a la curación, a la promoción y prevención, a una colaboración multidisciplinaria y multisectorial.

Esto ha supuesto el que las enseñanzas impartidas adolezcan de una escasa adecuación de las capacidades y actitudes adquiridas con las necesidades reales de la sociedad en que se insertan. En este sentido la estrategia Salud para Todos 2000 debe ser el marco de referencia de los programas de formación; sin embargo, aunque ha sido asumida por el Ministerio de Sanidad y Consumo, su repercusión en los planes de estudio ha sido mínima.

La ambigüedad de la política de recursos humanos en el sector salud y la falta de coordinación con el sector educativo ha dado lugar a un desequilibrio, tanto cualitativo como cuantitativo, entre la producción de recursos humanos y las necesidades de los servicios sanitarios. Hay que hacer constar la falta de adecuación de los programas docentes con las funciones actuales y previsibles a desarrollar, dado que los planes de estudios de medicina y enfermería no se han adaptado a los cambios experimentados en el sector salud y determinados contenidos relacionados con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la planificación y gestión sanitaria o la orientación a la Atención Primaria de Salud, no son abordados por los diferentes programas o lo son de forma insuficiente. Los contenidos prácticos relacionados con los principales problemas de salud y sus determinantes no se incluyen en la formación de Veterinaria, Biológicas y Magisterio, a pesar de la implicación que tienen en el desempeño de estas profesiones.

Junto a esto, asistimos a un exceso de producción de determinados profesionales, como médicos y farmacéuticos, junto con un déficit crónico de otros, como odonto-estomatólogos y personal de enfermería.

El uso de los recursos sanitarios para la formación práctica no se hace con un criterio de racionalidad, sólo se utiliza un número reducido de centros sanitarios, casi todos ubicados en las Áreas de Salud I y II. Todo esto ha dado lugar a problemas de masificación, con el consiguiente menoscabo en la calidad de la formación y en el trabajo de los profesionales.

En la Región de Murcia se forman médicos, veterinarios, psicólogos, biólogos, personal de enfermería y trabajadores sociales. En la actualidad existe el 2º y 3er curso de la Escuela de Estomatología, habiéndose suspendido la admisión de nuevos alumnos. En el curso 92/93 la Universidad de Murcia imparte los estudios de Diplomados en Fisioterapia y en Optica-Optometría (unas 120 plazas para cada una) y la Licenciatura de Odontología (65 plazas).

En los últimos tres años se han formado en la Región 1.581 de estos profesionales. El número medio de egresados en cada año se ha mantenido constante durante ese mismo período (118 médicos, 89 veterinarios, 17 estomatólogos y 106 enfermeros), con la excepción de la licenciatura en psicología en donde se incrementaron en un 34% (media del período 114). Actualmente se están formando 4.264 profesionales en los diferentes cursos, tal y como se recoge en la tabla 7.1.

**TABLA 7.1.** DISTRIBUCION DE ALUMNOS POR CURSO Y PROFESIONES RELACIONADAS CON LAS CIENCIAS DE LA SALUD. UNIVERSIDAD DE MURCIA. CURSO 91/92

CURSO	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto	Sexto	TOTAL
<b>CENTRO</b>							
Medicina	131	132	143	146	139	202	893
Veterinaria	125	132	142	175	186	–	760
Biólogos	167	97	129	137	129	–	669**
Psicólogos	220	173	183	236	231	–	1.187*
Estomatólogos	–	17	17	–	–	–	34
Enfermería	268	191	129	–	–	–	588
Trab. Sociales	133	–	–	–	–	–	133
<b>TOTAL</b>	<b>1.044</b>	<b>742</b>	<b>743</b>	<b>694</b>	<b>685</b>		<b>4.264</b>

\* Se incluyen 144 alumnos del curso puente para egresados de otras facultades y escuelas.

\*\* Se incluyen 10 alumnos del curso puente.

**Fuente:** Centro de Proceso de Datos. Universidad de Murcia.

### Formación de especialistas

En la actualidad existen tres hospitales en la Región acreditados para la formación de especialistas por el sistema de Residencia (H. Virgen de la Arrixaca, H. General y H. Santa María del Rosell) que ofertan un total de 1.615 camas para la docencia. Además hay seis Centros de Salud con carácter docente (Cartagena-San Antón, Cieza, Molina, Torre Pacheco, Murcia-Bº del Carmen y Murcia-Santa María de Gracia), donde se realizan actividades destinadas a los residentes de tercer año en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Los hospitales Rafael Méndez y Los Arcos han sido acreditados para la formación de especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria a partir de 1993 y los Centros de Salud de Alcantarilla, Santomera, San Javier y Lorca- Las Huertas, están en proceso de acreditación docente.

En el año 1992 hay 324 residentes en los diferentes programas de especialización: 255 en el Hospital Virgen de la Arrixaca (78,7%), 30 en el Hospital General (9,3%) y 39 en el Hospital Santa María del Rosell (12,0%).

Según los estudios de licenciatura realizados hay 297 Médicos (91,7%), 21 Farmacéuticos (6,5%), 3 Químicos (0,9%) y 3 Biólogos (0,9%). Las especialidades que realizan los Farmacéuticos son Análisis Clínicos (11 residentes), Farmacia Hospitalaria (9 residentes) y Microbiología (1 residente). Todos los Químicos realizan su formación en la especialidad de Análisis Clínicos y los Biólogos en Inmunología.

En cuanto a la distribución por tipo de especialidad, en la tabla 7.2 se recoge el número de especialistas en formación y las plazas ofertadas en la convocatoria para 1993.

Por su importancia en cuanto a la demanda o en relación con las necesidades de salud, hay que poner de manifiesto la inexistencia de residentes en Cirugía Cardiovascular, Dermatología, Geriátrica, Neumología, Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Medicina Preventiva, así como el escaso número en las especialidades de Cirugía Pediátrica, Reumatología, Rehabilitación y Traumatología. No hay en la Región ningún hospital acreditado para la formación de especialistas de Angiología, Cirugía Torácica, Farmacología Clínica, Hidrología, Medicina del Deporte, Medicina legal y Medicina del Trabajo.

Durante 1991 se desarrolló el primer Curso de Perfeccionamiento para la Obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria destinado a 22 médicos de Atención Primaria.

Los contenidos docentes de las diferentes especialidades adolecen de un marcado carácter hospitalario y de un enfoque tecnológico para el abordaje de los problemas de salud. En general los contenidos relacionados con la atención integral, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud son escasos o inexistentes. En la formación de especialistas de Pediatría, parte de los cuales desarrollarán su trabajo en los Equipos de Atención Primaria, y de otras que tienen una relación estrecha con la Atención Primaria (Psiquiatría, Obstetricia y Ginecología) no se imparten contenidos específicos relacionados con este nivel de atención.

Sería conveniente proponer a la Comisión Nacional de Especialidades la inclusión de contenidos sobre prevención y promoción, Atención Primaria de Salud, epidemiología, metodología de la investigación, sociología, relación profesional-usuario, educación para la salud y administración y gestión en los correspondientes programas de formación de especialistas.

**TABLA 7.2.** NUMERO DE RESIDENTES POR TIPO DE ESPECIALIDAD. REGION DE MURCIA. SITUACION 1992 Y OFERTA 1993

ESPECIALIDAD	RESIDENTES	OFERTA
Alergología	7	2
Análisis Clínicos	20	6
Anatomía Patológica	4	1
Anestesiología y Reanimación	28	8
Angiología y C. Vascular	—	—
Aparato Digestivo	2	2
Bioquímica Clínica	—	1
Cardiología	5	3
C. Cardiovascular	—	—
C. General y Apto. Digestivo	15	4
C. Maxilofacial	5	1
C. Pediátrica	1	1
C. Plástica y Reparadora	5	1
C. Torácica	—	—
Dermatología	—	—
Endocrinología	4	1
Farmacia Hospitalaria	9	3
Farmacología Clínica	—	—
Geriatría	—	—
Hematología y Hemoterapia	3	2
Inmunología	3	1
Medicina Familiar	54	32
Medicina Intensiva	13	5
Medicina Interna	18	4
Medicina Nuclear	2	2
Medicina Preventiva	—	—
Microbiología y Parasitología	6	2
Nefrología	4	1
Neumología	—	1
Neurocirugía	1	1
Neurofisiología Clínica	1	1
Neurología	4	2
Obstetricia y Ginecología	16	4
Oftalmología	10	2
Oncología Médica	—	—
Oncología Radioterápica	—	—
Otorrinolaringología	10	3
Pediatría	22	6
Psiquiatría	14	3
Radiodiagnóstico	16	4
Rehabilitación	3	1
Reumatología	4	1
Traumatología y C. ortopédica	10	2
Urología	5	2
<b>TOTAL</b>	<b>324</b>	<b>116</b>

**Fuente:** Centros hospitalarios docentes. Boletín Oficial del Estado.



### **Formación continuada**

La formación continuada de los profesionales sanitarios es uno de los elementos fundamentales para garantizar una atención a la salud con un nivel de calidad adecuado. La necesidad de desarrollar programas de formación continuada se justifica por el deterioro de la competencia profesional con el transcurrir del tiempo, el progreso científico-técnico, el cambio al que está sometido el sistema sanitario y la necesidad de mejorar la inadecuación de la formación básica al ejercicio posterior.

Por otro lado, su diseño debe estar condicionado por una serie de prioridades, entre las que destacan las necesidades de salud, los programas de salud existentes, los recursos disponibles y la necesidad de introducir nuevos conocimientos, habilidades y actitudes.

En la actualidad los profesionales sanitarios en activo no disponen de un mecanismo para adaptar sus conocimientos a los cambios experimentados en el sistema sanitario, en donde se han adoptado políticas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud en detrimento de las habilidades y actitudes curativo-reparadoras en las que se han formado estos profesionales.

Todos los centros dependientes de las administraciones sanitarias, en unidades de ellas, así como por distintas entidades (Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, industria farmacéutica) organizan actividades de formación continuada. Para obtener un perfil de ella en la Región de Murcia se ha recogido información sobre 139 actividades realizadas durante 1991, organizadas por once organismos diferentes (INSALUD, Consejería de Sanidad, Consejería de Asuntos Sociales, los hospitales V. de la Arrixaca, Noroeste, Rafael Méndez y V. del Castillo y las facultades de Medicina, Biológicas y Psicología y la Escuela de Estomatología). El 27% de las actividades las realizó el Hospital Virgen de la Arrixaca, el 19% la Consejería de Sanidad y el 12% fueron organizadas conjuntamente por el Insalud y la Consejería de Sanidad.

La actividad tipo tiene una duración de unas 25 horas, está dirigida a grupos de 35 profesionales, en la mayoría de los casos procedentes de más de una disciplina, sus contenidos se incluyen en el ámbito de las Ciencias Clínicas (37,4%) o de la Salud Pública (27,3%) y el presupuesto suele rondar las 500.000 pesetas. Los métodos pedagógicos utilizados, aunque van incorporando progresivamente técnicas participativas, siguen basados en gran medida en la impartición de lecciones magistrales. Las actividades realizadas no están sujetas a un sistema de acreditación y evaluación y no existe un reconocimiento oficial a los profesionales en activo que las realizan.

La realización de esta oferta, en general, no se coordina y las actividades desarrolladas suelen responder más a inquietudes de profesionales concretos, que a necesidades de salud de la población o a carencias detectadas por la organización sanitaria. Cabe destacar el esfuerzo de coordinación realizado entre la Dirección Territorial de Insalud y la Consejería de Sanidad para establecer un programa conjunto de formación en Atención Primaria basado en un estudio de necesidades efectuado previamente.

**OBJETIVO 95. Para 1996 la Universidad de Murcia habrá revisado los planes de estudio de pregrado de los diferentes profesionales vinculados con la salud de la población, adaptando sus contenidos a los problemas de salud y necesidades de la población y del sistema de salud.**

**95.1.** Para 1996 se habrán revisado los planes de estudio de pregrado de las profesiones sanitarias, introduciendo bloques temáticos sobre los problemas de salud detectados e incrementando el enfoque de promoción y prevención de los problemas de salud centrado en la Atención Primaria de Salud. Se incluirán/incrementarán habilidades sobre epidemiología, sociología, metodología de la investigación, administración y gestión, relación profesional-usuario, promoción de salud y participación comunitaria.

**95.2.** Para 1996 se habrán revisado los planes de estudio de pregrado de Magisterio y de las demás profesiones relacionadas con las ciencias de la educación, incluyendo entre sus contenidos el abordaje de la educación para la salud en relación con los problemas detectados.

**OBJETIVO 96. Para el curso 1994/95 se utilizarán como centros para prácticas de alumnos de ciencias de la salud al menos todos los centros sanitarios públicos situados en las localidades donde se ubiquen los centros de formación, incrementando en la medida de lo posible el número de centros privados.**

**96.1.** En 1993 se establecerán los criterios para la acreditación de centros de prácticas.

**OBJETIVO 97. En 1995 la formación de especialistas se ajustará a las necesidades del sistema de salud.**

**97.1.** En 1994 se habrán determinado las necesidades de profesionales especialistas por un grupo de trabajo.

**97.2.** En 1996 todos los hospitales públicos estarán acreditados para la formación de especialistas.

**97.3.** En 1995 se habrá iniciado la formación especializada en enfermería y, en especial, la de matronas.

**OBJETIVO 98. En 1993 se establecerá un programa de formación continuada para el personal del sector salud que, con carácter general, incluirá áreas de conocimiento sobre metodología de la investigación, administración y gestión, ciencias socio-sanitarias y medioambientales, abordando los problemas de salud prevalentes desde una óptica de promoción, prevención y curación.**

- 98.1.** En 1993 se definirá un organismo responsable de la planificación y gestión de las actividades de formación continuada en el que se encuentren representadas las instituciones relacionadas con estos aspectos (Insalud, Consejería de Sanidad, Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, etc.) y que antes de 1996 funcionará como Centro de Estudios de la Salud de la Región.
- 98.2.** En 1993 se creará una comisión de asesoramiento de dicho organismo, cuya función será la de proponer los sistemas de acreditación y evaluación, así como de los programas de formación continuada. Estos se definirán en función de los problemas de salud detectados, las necesidades del sistema sanitario y de los intereses de los profesionales.

## investigación

La Estrategia Salud para Todos en el año 2000 (S.P.T. 2000), aprobada por la Oficina Europea de la O.M.S. en 1980 y asumida en su momento por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en su objetivo 32 recoge la necesidad de “establecer estrategias de investigación a fin de estimular las investigaciones que mejoren la aplicación y expansión del conocimiento necesario para respaldar los programas de Salud para Todos”.

Al mismo tiempo, la Ley General de Sanidad establece que la investigación en Biomedicina y Ciencias de la Salud tiene que realizarse “...en función de la política nacional de investigación y la política nacional de salud ... ha de contribuir a la promoción de la salud de la población ... deberá considerar las causas y los mecanismos que la determinan, los modos y medios de intervención preventiva y curativas y la evaluación rigurosa de la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones” (Art. 106.2).

En los últimos años se puede constatar un incremento en la producción científica, tanto a nivel nacional como regional, al mismo tiempo el peso de las publicaciones realizadas en la Región y reflejadas en el I.M.E. (Índice Médico Español) han pasado del 1,6% en 1985, al 2,3% en 1989. Al mismo tiempo el número de proyectos subvencionados en el período 1987/1991 ascendió a 82 con un crecimiento anual sostenido.

Según la clasificación de la Unesco, los principales campos de investigación reflejados en el I.M.E. han sido Medicina Interna con 61 artículos (20,0%), seguido por Ciencias Clínicas y Patología (48 artículos y el 15,7% cada uno) y Cirugía con 45 artículos (14,8%). Entre los cuatro representan el 66,2% de los artículos recogidos. La subvención de proyectos de investigación está algo más dispersa; así, Medicina Interna figura en primer lugar (9 proyectos y el 11%), seguida por Salud Pública y Patología Médica (8 proyectos y el 9,8% cada uno), Ciencias Clínicas (6 proyectos y el 7,3%), Epidemiología, Fisiología Humana y Bioquímica (5 proyectos y el 6,1% cada uno). Por áreas de investigación, Ciencias Médicas supone el 91,5% de las publicaciones del I.M.E. y el 67,1% de los proyectos subvencionados, no apareciendo ninguna referencia en el área de demografía. Todo ello supone un mayor énfasis en la investigación relacionada con los aspectos reparadores, en detrimento de los de promoción y prevención de la salud (tabla 7.3).

En lo que respecta a los centros investigadores, el Hospital Virgen de la Arrixaca figura en primer lugar en cuanto a la producción incluida en el I.M.E. con el 48,5% de artículos y el tercero en proyectos subvencionados (15,9%). La Facultad de Medicina figura en segundo lugar en el I.M.E. (25,2%) y en el primero en cuanto a proyectos subvencionados (30,5%). El Hospital General ha producido el 5,9% de los artículos y ha recibido el 23,2% de subvenciones. No hay ningún proyecto subvencionado en los hospitales públicos de Caravaca, Lorca, Yecla y Cartagena (tabla 7.4).

**TABLA 7.3.** DISTRIBUCION DE LOS ARTICULOS PUBLICADOS Y DE LOS PROYECTOS SUBVENCIONADOS SEGUN LA CLASIFICACION UNESCO. REGION DE MURCIA.

CLASIFICACION UNESCO	I.M.E.		PROYECTOS SUBVEN.	
	Nº	%	Nº	%
Química Analítica			1	1,2
Biología Animal			2	2,4
Bioquímica			5	6,1
Biofísica			1	1,2
Biología Celular	1	0,3	2	2,4
Genética			1	1,2
Fisiología Humana	5	1,6	5	6,1
Microbiología	2	0,7	2	2,4
CC. Veterinarias	6	2,0		
CC. Clínicas	48	15,7	6	7,3
Epidemiología	11	3,6	5	6,1
Med. Forense			3	3,7
Med. Trabajo	1	0,3	2	2,4
Med. Interna	61	20,0	9	11,0
Nutrición	3	1,0	2	2,4
Patología Médica	48	15,7	8	9,8
Farmacodinámica	17	5,6	1	1,2
Farmacología	11	3,6		
Med. Preventiva	1	0,3	4	4,9
Psiquiatría	21	6,9		
Salud Pública	7	2,3	8	9,8
Cirugía	45	14,8	4	4,9
Toxicología	1	0,3	3	3,7
Otras CC. Médicas	2	0,7	1	1,2
Tecnolog. Ordenador	1	0,3		
Tecnolog. Ambtal.			3	3,7
Hª de la Medicina	1	0,3		
Patología Psicol.	1	0,3	1	1,2
Psicología niños y adolescentes	2	0,7		
Evaluación y Diagnóstico psicológ.	4	1,3		
Psicolog. Exptal.	1	0,3		
Personalidad	4	1,3		
Psicofarmacología			1	1,2
<b>TOTAL</b>	<b>305</b>	<b>100,0</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Memorias FIS, CICYT, Plan Nacional I+D y Consejería de Sanidad. Base de datos del IME.

En la actualidad no se ha definido una política regional de investigación en salud ni establecido las áreas prioritarias, de forma que la investigación realizada responde, más al interés particular del investigador, que a la existencia de unas líneas prioritarias definidas en función de los problemas de salud de la Región. Al mismo tiempo, no se puede hacer una valoración exacta sobre la investigación en salud que se realiza en la Región al no existir ningún sistema que proporcione esta información, no obstante, con los datos disponibles, se puede afirmar que no se adecúa a las necesidades de salud de la población ni a las estrategias de Salud para Todos en el año 2000.

**TABLA 7.4. DISTRIBUCION POR CENTRO DE INVESTIGACION DE LOS ARTICULOS PUBLICADOS Y PROYECTOS SUBVENCIONADOS. REGION DE MURCIA.**

CENTRO	I.M.E.		PROYECTOS	SUBVEN.
	Nº	%	Nº	%
INSALUD*			3	3,7
C. de Sanidad*	2	0,7	5	6,1
Otras Administraciones*			1	1,2
H. Los Arcos	6	2,0		
H. V. Arrixaca	148	48,5	13	15,9
H. General	18	5,9	19	23,2
H. Noroeste	6	2,0		
H. Rafael Méndez	1	0,3		
H. S. M. Rosell	13	4,3		
H. V. Castillo	7	3,3		
Centros APS	4	1,3	4	4,9
Otros Serv. Sanit.	3	1,0		
F. Medicina	77	25,2	25	30,5
F. Veterinaria	8	2,6	3	3,7
F. Biológicas	1	0,3	4	4,9
F. Químicas			3	3,7
Escuela de D.U.E.	2	0,7		
E. Estomatología	1	0,3		
Psicología-CC Educación	3	1,0	1	1,2
Politécnica Cartagena			1	1,2
Otras Universidad	1	0,3		
Otros	4	1,3		
<b>Total</b>	<b>305</b>	<b>100,0</b>	<b>82</b>	<b>100,0</b>

\* Datos referidos a la estructura de gestión de esos organismos.

**Fuente:** Memorias FIS, CICYT, Plan Nacional I+D y Consejería de Sanidad. Base de datos del IME..

Las vías de comunicación entre los investigadores son deficientes, lo que se puede constatar por el escaso número de publicaciones o de solicitudes de ayudas que se firman conjuntamente, tanto entre los niveles investigación (básica/aplicada), como entre los niveles asistenciales (primaria/especializada) o ambos (centros de investigación/centros sanitarios). Tampoco existe una estrategia de apoyo a esta comunicación, mediante la organización de seminarios, congresos y reuniones científicas, así como habilitación de una línea de ayudas económicas para la asistencia a ellas. Este problema se hace más patente en el ámbito de la Atención Primaria, tradicionalmente aislada de los círculos de investigación.

Para garantizar una producción científica adecuada es necesario garantizar el acceso de los investigadores a determinada información. Con frecuencia los investigadores tienen que dedicar una parte no despreciable de su tiempo a buscar entre las publicaciones oficiales las convocatorias de ayudas que les permitan la financiación de sus proyectos, por otro lado de laboriosa accesibilidad en determinados ámbitos por su inexistencia o por el retraso en su llegada. Los circuitos informales de comunicación, de gran utilidad entre los gru-

pos consolidados, no incluyen a determinados sectores, como la Atención Primaria y los hospitales de las Areas de Salud periféricas.

El desarrollo del conocimiento en Ciencias de la Salud es espectacular, lo que obliga a invertir mucho tiempo en la revisión y selección, entre las numerosas publicaciones existentes, de aquello que permita una actualización continua. El gran volumen de publicaciones hace inviable que cada centro cuente con una biblioteca dotada adecuadamente, por lo que la solución pasa por establecer sistemas de documentación que permitan esta actualización con el mayor ahorro posible de tiempo para los investigadores. Actualmente existe una hemeroteca científica en la Universidad y un Centro de Documentación en la Consejería de Sanidad, así como fondos dispersos en las diferentes facultades, departamentos y organismos públicos, que dificultan en gran medida la accesibilidad a ellos.

Los organismos públicos, regionales o nacionales, del sistema sanitario y fuera de él, recogen gran cantidad de información de interés para los investigadores, sin embargo, es frecuente que su explotación se realice con otros fines, de forma que pierden su utilidad para estos colectivos. Por otro lado el acceso a las bases de datos está muy restringido, ya sea por el mal uso del secreto estadístico o por el excesivo celo de sus custodios, como consecuencia de ello hay gran cantidad de información mal rentabilizada desde el punto de vista científico, al no ser utilizable en todas sus potencialidades. En este sentido hay que resaltar la dificultad de acceso a los datos poblacionales que limitan en gran medida la realización de estudios epidemiológicos, por lo que sería necesario establecer convenios con las instituciones correspondientes para garantizar el acceso del personal investigador a las bases de datos de interés científico.

Actualmente la formación y capacitación en aspectos relacionados con la investigación está circunscrita en gran medida a la formación postgrado, ya sea a través de los programas de doctorado o de determinadas especialidades. La capacitación que se inserta en el curriculum de pregrado es, cuando más, testimonial. Ello obedece a la idea de que el profesional de la salud sólo puede realizar estas actividades si se dedica en exclusiva a ello en centros determinados, cuando la realidad indica que la investigación debe insertarse en todos los niveles y ámbitos del sistema de salud, como un método de mejora de la calidad de los servicios y de autoformación de los profesionales.

Por otro lado, la expansión de las plantillas de las universidades ha permitido la incorporación de profesionales relativamente jóvenes con la consiguiente caída de las expectativas de aquellos que están interesados en dedicarse a la investigación. Esto, junto con la precariedad que supone el sistema de becas, la disminución del número de alumnos en determinadas ramas profesionales y la competitividad que el sistema M.I.R. ha introducido, ha provocado una disminución de los estudiantes de doctorado.

Finalmente, la posibilidad de acceder a la formación continuada, entendida ésta como la posibilidad de adquirir conocimientos en metodología de la investigación

o de mejorar los conocimientos preexistentes a través de asistencias a cursos, seminarios, reuniones y congresos no cuenta con los apoyos necesarios.

El disponer de una infraestructura en material y equipos es una necesidad de primer orden para la realización de la investigación, sin embargo las dotaciones en este sentido siguen siendo insuficientes a pesar del esfuerzo de los distintos programas de financiación. Por otro lado, con frecuencia, las inversiones no se realizan en función de su utilidad y rendimiento, ni se acompañan de las dotaciones necesarias en personal adecuado para su utilización.

Además de esta infraestructura material, hay un déficit importante de personal técnico experto en metodología de la investigación que pueda ser utilizado como asesores por diferentes grupos y que también pueda ser utilizado en labores de formación en este campo.

No cabe duda que el volumen de los recursos económicos destinados a investigación, en general, y a investigación en ciencias de la salud, en particular, ha sufrido un incremento considerable desde la puesta en marcha del Plan Nacional de I+D en 1988. Este incremento ha pasado de suponer un 0,7% del P.I.B. nacional en 1987, hasta alcanzar un porcentaje del 0,9% en 1990. No obstante los recursos son aún insuficientes si los comparamos con países como Italia (1,29% del P.I.B.), Francia (2,38%) o Alemania (2,84%).

El presupuesto destinado a investigación en salud, según la Ley General de Sanidad, debe ser del 1% del presupuesto total del sector. Los 82 proyectos financiados en el período 1987/1991 ascendieron a 203.887.800 ptas., con una mediana de 1.260.000 ptas. y un costo promedio de 2.474.245 ptas. por proyecto. En 1990 se estima que, en la Región de Murcia, se destinaron a este fin alrededor de 200 millones de pesetas, cuando debería haber ascendido a 500 millones, teniendo en cuenta los presupuestos de la Dirección Territorial de INSALUD y de la Consejería de Sanidad.

En la actualidad, no existe una política regional de investigación en salud ni un órgano de coordinación de la investigación que, a su vez, integre los recursos existentes. Ello determina una indefinición de las áreas de interés y de la estrategia de formación del personal investigador orientadas a la consecución de los objetivos de Salud para Todos.

Se puede afirmar que existe un reducido número de grupos de investigación consolidados, la mayoría de ellos pertenecientes a la universidad o a los grandes hospitales, que, en general, presentan un nivel de producción aceptable, son activos, mantienen contactos con otros grupos de investigación incluso a nivel internacional y no parecen tener excesivos problemas de financiación dentro de las limitaciones de los recursos económicos disponibles.

Diversos factores, como la limitación de los recursos económicos, la escasez de equipos multidisciplinarios, el alejamiento físico, la dispersión, la falta de interrelación y apoyos, la falta de estímulos o la presión asistencial, inciden sobre todo



en aquellos grupos menos consolidados, pertenecientes al ámbito de la Atención Primaria y a los hospitales de las Areas de Salud periféricas y determinan que la producción científica de los recursos existentes esté muy por debajo de sus potencialidades.

**OBJETIVO 99. En 1993 se habrá definido un Plan Regional de Investigación en Salud.**

**99.1.** En el primer trimestre de 1993 se definirá una unidad responsable de la planificación, gestión y seguimiento de la investigación en salud, en el que estén representadas las instituciones sanitarias y de investigación, así como una comisión técnica asesora.

**99.2.** En el primer semestre de 1993 se establecerán las áreas de investigación teniendo en cuenta con carácter prioritario las propuestas emanadas del Plan de Salud. Las áreas definidas formarán parte del Plan Regional de Investigación Científico Técnica (P.R.I.C.T.).

**99.3.** En 1996 el presupuesto de la Consejería de Sanidad destinado a investigación alcanzará el 1% de los presupuestos totales (0,33% en 1994 y 0,66% en 1995). Además de estos fondos, los presupuestos destinados a investigación en ciencias de la salud incluirán partidas procedentes de los Planes Nacionales y del Fondo Regional de Investigación a que hace referencia el P.R.I.C.T.

**OBJETIVO 100. Para 1994 se creará un Centro Regional de Documentación en Ciencias de la Salud a partir del Centro de Documentación de la Consejería de Sanidad. Este Centro gestionará la adquisición, conservación y difusión de fondos documentales y facilitará la realización de búsquedas bibliográficas mediante la utilización de bases de datos.**

## **Participación comunitaria**

La participación comunitaria es un término que abarca una gran variedad de significados y ello da lugar a interpretaciones equívocas, cuando no contradictorias, sobre cómo se debe actuar para atender las necesidades reales de la población. Por ello se considera pertinente hacer algunas precisiones en relación con este término.

Un modelo de sistema sanitario promotor de la salud, pretende modificar condiciones y estilos de vida e influir en la elección consciente de conductas sanas y por tanto sus actuaciones no sólo se dirigen hacia los grupos y factores de riesgo, sino más bien a toda la comunidad y a los factores determinantes de la salud, entendida ésta como un recurso, patrimonio de todos y no debe tener un enfoque curativo y preventivo exclusivamente. La participación comunitaria es una exigencia técnica y esencial en éste proceso de auténtica intervención social.

Se puede concluir con el reconocimiento de la salud y de la participación comunitaria como una aspiración legítima y un derecho de todos. Desde una concepción de salud ligada indisolublemente a la comunidad, ambas forman una simbiosis, de tal forma que el logro de una va a condicionar el desarrollo de la otra, y viceversa.

### **Marco legal**

La salud de los individuos, de los grupos y de los pueblos, se ha convertido en un derecho reconocido por diferentes Organizaciones Internacionales (O.N.U., UNESCO, O.M.S.) y su promoción y protección es un deber de los Estados miembros que hayan aceptado y asumido sus Resoluciones (Declaración Universal de los Derechos Humanos y del Niño, acuerdos de Alma-Ata), incluyendo la participación comunitaria como instrumento que asegura el derecho a la educación integral y a la salud.

La Constitución reconoce y desarrolla los derechos fundamentales postulados por las Organizaciones Internacionales en las que se integra (O.N.U., UNESCO, O.M.S.), contemplando el derecho a la salud, el deber del Estado de tutelar la salud pública y estableciendo los principios generales de la participación ciudadana.

En cuanto a la participación en el sistema sanitario, y por tanto, en la planificación de intervenciones de promoción de la salud, la Ley General de Sanidad hace referencia a la administración participada, articulando la participación comunitaria en las C.C.A.A. y creando los Consejos de Salud de Área como órganos colegiados de participación.

El Real Decreto de Procedimiento de Elaboración y Seguimiento del Plan Integrado de Salud expresa la necesidad de una participación social efectiva en la elaboración del Plan y de la expresión de los objetivos del Plan en promoción y protección de la salud.

En la presente descripción por la importancia que adquieren las acciones de promoción de la salud en la edad escolar, se considera pertinente hacer

referencia a la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo que recoge la participación de la comunidad y constituye a los Consejos Escolares como órganos colegiados de participación en los Centros Docentes.

Entre las funciones y competencias del Servicio de Salud de la Región de Murcia (Ley de 5 de abril de 1990), se encuentran el fomento de la participación ciudadana, la institucionalización del Consejo de Salud como órgano Superior y consultivo de participación ciudadana, la promoción de la salud y la educación sanitaria como instrumento de la promoción de la salud.

La participación comunitaria está ampliamente contemplada en nuestro ordenamiento jurídico general, sin embargo existe un insuficiente desarrollo de la legislación general en normativas específicas, especialmente en Atención Primaria.

Finalmente la existencia de dos Administraciones con competencias (Central y Autonómica) en materia sanitaria, introduce elementos de descoordinación y duplicidad en las actuaciones e ineficiencia de los recursos, haciendo que el trabajo conjunto dependa de las relaciones que se establezcan entre ambas.

### **Organización**

En los Estados miembros de la C.E. se identifican diferentes órganos de Participación Comunitaria dependiendo del sistema sanitario presente en cada país. En síntesis, existen dos modelos:

**Seguro Obligatorio de Enfermedad:** Ofrece únicamente prestaciones de tipo asistencial, sólo para asegurados; está financiado por cuotas salariales (empresariales y de los trabajadores) o bien por cuotas de los asegurados (trabajadores autónomos, profesionales liberales, etc.); la gestión se hace a través de múltiples cajas aseguradoras. En este modelo los órganos participativos son del tipo “Consejo de Administración” y “Comités Ejecutivos”, que actúan por delegación de las anteriores. La composición suele ser paritaria, empresarios trabajadores o bien sólo de asegurados y sus miembros elegidos por y de entre ellos. Sus funciones son todas aquellas derivadas de una concepción patrimonial del órgano gestor y las necesarias para una adecuada prestación de los servicios sanitarios.

**Sistema Nacional de Salud:** Se fundamenta en la solidaridad, universalidad de las prestaciones y en la integración de las actuaciones de Salud Pública y Medicina Preventiva y las Asistenciales. Sus órganos de participación se constituyen como asesores en la definición de Políticas Sanitarias y Planes de Salud cuando actúan a nivel Central e intervienen en los procesos de programación y adecuación de los servicios a nivel periférico. Su composición varía de unos estados a otros aunque, en general, hay representantes de las administraciones, de los usuarios y de los profesionales sanitarios.

En España, la Ley General de Sanidad, establece un modelo tipo Sistema Nacional de Salud, definiendo una estructura mínima común a todo el Estado en la que se incluyen órganos de participación y dejando que las C.C.A.A. regulen sus propios Servicios de Salud en los que se han de respetar dichos mínimos

La Ley de Creación del Servicio de Salud de la Región de Murcia establece tres órganos de participación: el Consejo Regional de Salud, el Consejo de Salud de Área y el Consejo de Salud de Zona.

Por otra parte, y puesto que los servicios asistenciales del INSALUD aún no han sido transferidos, la Región de Murcia está dentro del ámbito de aplicación del Decreto de Reestructuración de las Direcciones Provinciales del INSALUD, que establece como órganos de participación las Comisiones Ejecutivas Territoriales y las Comisiones de Participación Ciudadana de los Sectores.

En los hospitales del INSALUD, el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los mismos (Real Decreto 521 de 15 de abril de 1987), establece la Comisión de Participación Hospitalaria y otros órganos asesores de tipo participativo.

Por otra parte, la Ley de Régimen Local de 2 de abril de 1985, además de otorgar a los municipios diversas competencias en materia de Salud Pública, posibilita la creación de órganos de participación ciudadana y define su participación en la gestión de la Atención Primaria de Salud.

El Reglamento General de funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Murcia (Decreto 53/1989 de 1 de junio), instituye el Consejo de Salud de Zona como órgano de participación, colaboración e información de los Equipos de Atención Primaria posponiendo su composición y funcionamiento a una Orden de la Consejería de Sanidad.

En la actualidad, se han constituido el Consejo Regional de Salud, la Comisión Ejecutiva Provincial del INSALUD (Órgano anterior al Comité Ejecutivo Territorial, éste aún no está constituido), todas las Juntas Técnico-Asistenciales, la mayoría de las Comisiones de Participación Ciudadana y de Bienestar Social de los Hospitales del INSALUD (tabla 7.5). A nivel local, a pesar de la falta de normativa específica, se han constituido 10 Consejos de Salud de Zona y 9 Consejos Municipales de Salud cuya distribución por Áreas se muestra en la tabla 7.6. No obstante, cabe señalar que desde el punto de vista estrictamente legal, los Consejos de Salud Municipales no son órganos del Sistema Nacional de Salud.

**TABLA 7.5.** ORGANOS DE PARTICIPACION EN LOS HOSPITALES DEL INSALUD.

ORGANOS DE PARTICIPACION	HOSPITALES				
	Murcia	Cartagena	Lorca	Caravaca	Yecla
Comisión Partici., Comunitaria	No	No	Si	Si	Si
Comisión Bienestar Social	No	No	Si	Si	-
Junta Técnico Asistencial	Si	No	Si	Si	Si

**TABLA 7.6.** DISTRIBUCION DE LOS CONSEJOS DE SALUD POR AREAS DE SALUD. REGION DE MURCIA. 1992

AREAS DE SALUD	I	II	III	IV	V	VI	TOTAL
E.A.P. Constituidos	8	7	4	4	2	5	30
Consejos de Salud de Zona	4	2	0	1	0	3	10
Consejos Municip. de Salud	3	2	2	0	1	1	9
Total de Consejos de Salud	7	4	2	1	1	4	19

**Fuente:** Elaboración propia.

Por último, indicar que ni la Consejería de Sanidad ni el INSALUD, disponen de servicios específicos que contengan explícitamente la participación comunitaria en su contenido de trabajo.

### Intervenciones

No existen estudios que caractericen de forma global las actividades de participación comunitaria en la Región de Murcia. No obstante algunos datos disponibles permiten una aproximación. Así, la constitución de los órganos de participación previstos por la legislación en los diferentes niveles e instituciones, en algunos casos (Consejos de Salud de Zona y Consejos Municipales de Salud) con una normativa insuficiente, denota una actividad positiva, al menos por parte de ciertos profesionales, hacia la participación comunitaria en el Sistema de Salud.

Por otra parte, el estudio sobre actividades de participación comunitaria en los Centros de Salud de la Región de Murcia realizado por el Grupo de Participación Comunitaria en Atención Primaria de Salud (1992), obtiene que el 2,7% de la población cubierta (9.403 personas de un total de 369.657 habitantes) participa en estas actividades desarrolladas por los Equipos de Atención Primaria encuestados. Las actividades realizadas son muy variadas, la mayoría son de Educación Sanitaria y 6 de los Equipos de Atención Primaria han iniciado un proceso de Diagnóstico de Salud Participativo.

No se dispone de datos sobre actividades participativas de las Zonas de Salud en las que no existen Equipos de Atención Primaria, aunque por las propias características del Sistema Sanitario anterior (meramente asistencial) es dudosa la existencia de las mismas, por tanto el desarrollo de la participación comunitaria está claramente ligado al de la Reforma de la Atención Primaria.

Finalmente, se indican algunas características en relación con la participación comunitaria en la Región.

1. Existencia de diferentes marcos conceptuales en la práctica de la participación comunitaria.
2. Falta de reconocimiento de la necesidad de educar para la participación.
3. Desresponsabilización de la población en relación con los problemas de salud.
4. Escasa motivación y actitudes poco favorecedoras, entre los profesionales, para la implantación de un modelo de Sistema Sanitario Participativo.
5. Falta de credibilidad de la eficacia de la participación comunitaria en la resolución de los problemas de salud.

**OBJETIVO 101. Para 1996 se habrán constituido todos los órganos de participación definidos en la legislación sanitaria actual.**

- 101.1.** En 1993 se desarrollará la normativa sobre los Consejos de Salud de Zona con el objeto de flexibilizar su composición, evitar duplicidades y propiciar la coordinación con otros órganos de participación del mismo ámbito territorial.
- 101.2.** A partir de 1993 se potenciará el Consejo de Salud de la Región de Murcia para que pueda cumplir adecuadamente las funciones consultiva y de participación ciudadana.
- 101.3.** A partir de 1993 todos los Equipos de Atención Primaria de Salud habrán constituido el Consejo de Salud de Zona antes de los 18 meses de funcionamiento.
- 101.4.** A partir de 1994 todos los hospitales públicos de la Región habrán constituido las comisiones de participación hospitalaria y/o bienestar social.
- 101.5.** En 1995 se habrán constituido todos los Consejos de Salud de Área.

**OBJETIVO 102. A partir de 1993 los Consejos de Salud de Zona constituidos participarán en la elaboración y evaluación de los programas**

de salud de la Zona, con especial énfasis en la promoción de la salud y en el desarrollo de los derechos y deberes de los usuarios.

**OBJETIVO 103.** A partir de 1993 las Comisiones de Participación Hospitalaria y/o Bienestar Social participarán en la planificación y evaluación de los servicios asistenciales hospitalarios y, especialmente, en la de los dispositivos de atención al usuario.

**OBJETIVO 104.** A partir de 1993 existirá en los Servicios Centrales de la Administración Sanitaria una Unidad Orgánica que asuma entre sus funciones la promoción de la participación comunitaria, el apoyo metodológico y técnico a los profesionales en este campo y el seguimiento de los objetivos de participación comunitaria. Estas funciones serán desarrolladas en las Areas de Salud a partir de 1994.