

Murcia



Región de Murcia
Consejería de Sanidad

1. Características socioeconómicas y demográficas de la población

A 1 de enero de 2005 la población de la Región de Murcia es de 1.335.792 habitantes, de los cuales 677.049 son hombres y 658.743 son mujeres (INE). Hay una mayor población de hombres (índice de masculinidad de 1,03) en todos los tramos de edad hasta el de 55-59 años, donde se invierte esta relación y comienzan a predominar las mujeres.

La base de datos de Tarjeta Individual Sanitaria (TIS) señala un total de 1.322.362 personas protegidas por el Servicio Murciano de Salud, a 31 de diciembre de 2005; siendo las Áreas de Murcia y Cartagena las que cuentan con mayor población.

La cifra de población representa un 3,03% del número total de habitantes de España (44.108.530) y respecto al dato del año anterior, ha experimentado una variación absoluta de 41.098 y una variación relativa del 3,17%. La población incluida en el Padrón supera a la incluida en la base de datos de TIS en 13.430 personas (1%).

La población presenta una concentración elevada en torno a los dos núcleos principales, Murcia capital y Cartagena, que junto con Lorca y Molina de Segura poseen el 56,56% del total. Sin embargo, en los últimos cinco años, el crecimiento relativo de la población de estos núcleos ha sido bajo si se compara con pequeños núcleos costeros como Los Alcázares (48,4%) o Mazarrón (38,8%) debido a su oferta turística.

La tasa de natalidad en España (10,73) es inferior a la de la Región (13,18), que se sitúa en tercer lugar detrás de Ceuta y Melilla pero por encima del resto de Comunidades Autónomas. La población regional de jóvenes, con edades comprendidas entre los 15 y los 29 años (23,9%), supone casi un cuarto de la población total y se distribuye en los distintos tramos de edad en una proporción decreciente, lo que señala una disminución de las tasas de natalidad. El índice de envejecimiento de la población en el año 2005 es del 13,75%.

Con carácter general, la distribución territorial del envejecimiento en la Región señala que la población más joven se encuentra en la zona costera y en los municipios que componen el «cinturón urbano» de Murcia. Los municipios más envejecidos son los situados en el interior.

La economía regional mantiene un importante crecimiento y su evolución en 2005 no se ha apartado de esta trayectoria ya que ha experimentado un incremento del PIB a precios de mercado en términos de volumen del 3,8%, según las estimaciones de la Contabilidad Regional de España (CRE, INE). El principal factor que promueve su desarrollo es la construcción, estando la agricultura, en decadencia. El prolongado crecimiento de la economía murciana ha elevado su participación relativa en el PIB nacional, pasando del 2,41% en 2000 al 2,52% cinco años después. El mercado de trabajo mantiene una evolución favorable, de forma que la Región es capaz de absorber el crecimiento de la población activa y de generar empleo adicional suficiente como para que las tasas de paro muestren una disminución en términos interanuales. Así, a finales del año 2005 la tasa de paro se situó en el 7,37%, 2,89 puntos por debajo de la media nacional, con un descenso interanual del paro de 0,31 puntos a pesar del incremento (37.000 personas) en la población activa en este mismo periodo.

2. Desarrollo normativo e institucional

Decreto n.º 26/2005, de cuatro de marzo, por el que se regula el Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial «Dr. D. Juan Gómez Rubí» y los Comités de Ética Asistencial. BORM 12/marzo/2005.

Decreto 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el reglamento de instrucciones previas y su registro. B.O.R.M. 19/julio/2005.

Decreto 92/2005 de 22 de julio, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual y su régimen de uso en la Región de Murcia. B.O.R.M. 29/julio/2005.

Orden de 21 de febrero de 2005 de la Consejería de Sanidad, por la que se determinan las ayudas compensatorias a pacientes del Servicio Murciano de Salud por desplazamiento y estancia derivada de la asistencia sanitaria. BORM 28/febrero/2005.

Orden de 12 de mayo de 2005, por la que se aprueba el mapa sanitario de la Región de Murcia. BORM 8/junio/2005

Orden de 26 de julio de 2005, de la Consejería de Sanidad, sobre sugerencias, reclamaciones, quejas y agradecimientos formuladas por los usuarios de servicios sanitarios BORM 19/agosto/2005.

Orden de la Consejería de Sanidad, de 27 de julio de 2005, por la que se crea el Comité de Coordinación de la Red de Hospitales Libres de Tabaco de la Región de Murcia. B.O.R.M. 17/agosto/2005.

Orden de la Consejería de Sanidad, de 2 de septiembre de 2005, por la que se crea la opción de Prevención en las categorías estatutarias de Facultativo no Sanitario, Diplomado no Sanitario y Técnico Especialista no Sanitario, previstas en el Decreto 119/2002, de 4 de octubre, por el que se configuran las opciones correspondientes a las categorías del personal estatutario del Servicio Murciano de Salud. B.O.R.M. 16/septiembre/2005.

Orden de 22 de diciembre de 2005 de la Consejería de Sanidad, por la que se regulan las placas identificativas de las Oficinas de Farmacia de la Región de Murcia. B.O.R.M. 10/enero/2006.

Orden de 22 de diciembre de 2005 de la Consejería de Sanidad, por la que se concretan los turnos de urgencia diurnos que deben prestar las Oficinas de Farmacia de la Región de Murcia. B.O.R.M. 10/enero/2006.

Orden de 29 de diciembre de 2005, conjunta de las Consejerías de Sanidad y de Educación y Cultura, para la coordinación de competencias relativas a la educación para la salud en centros docentes no universitarios. B.O.R.M. 26/enero/2006.

Resolución de 11 de febrero de 2005 del Secretario General de la Consejería de Presidencia, por la que se clasifica e inscribe como docente e investigadora a la Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria de la Región de Murcia. B.O.R.M. 26/febrero/2005.

3. Planificación y Programas Sanitarios

Plan de Salud de la Región de Murcia 2003-2007

- Se articula en torno a los grandes problemas de la Región de Murcia, que son: Cáncer, Enfermedades Cardiovasculares, Enfermedades Transmisibles, Salud Mental, Diabetes y Accidentes. Adicionalmente, el Plan define una área común a estos problemas, denominada «Estilos de vida».
- Integra acciones dirigidas a determinados colectivos, como son: Niño-joven, Mujer, Nuevas Formas de Exclusión Social y Personas Mayores.
- Contempla el desarrollo de los siguientes planes y programas: Plan Integral de Atención al Diabético 2005-2009, Plan de Atención al Proceso Cardiovascular, Plan Integral contra el Cáncer, Plan de Salud Mental y Drogodependencias, Plan Regional de Educación para la Salud en la Escuela, Plan para la Atención Integral de los enfermos de SIDA, Programa Integral de Atención a la Mujer, Plan de Sistemas de Información Sanitaria, Programa de prevención para el Cáncer de Colon Recto, Programa de Salud Bucodental Infantil, Programa de Prevención y Control de Tabaquismo, Programa de Actuación del 061 y de los servicios de Urgencias de Atención Primaria y Especializada, Programa Ariadna (autonomía de personas mayores), Programa de vacunaciones, Programa de detección precoz de hipoacusias neonatales, Programa de screening o cribaje neonatal de metabolopatías, Programa de Control Sanitario de Alimentos y Zoonosis, Programa de Formación de Educadores en materia de diabetes.

Plan Integral de Atención al Diabético 2005-2009

- Establece el marco para la atención del paciente diabético en la Región de Murcia. Las áreas de actuación están enfocadas a la prevención primaria y secundaria, a los métodos y criterios de diagnóstico, a la continuidad asistencial, a la educación para la capacitación del autocuidado, a la formación del profesional asistencial, al desarrollo de la investigación, a los sistemas de información y vigilancia y a la relación con las asociaciones de pacientes.
- Como aspecto innovador cabe destacar la realización de un estudio para valorar la calidad de vida de los diabéticos de la Región, que permitirá obtener resultados en salud.

4. Farmacia

Durante el año 2005 el Colegio Oficial de Farmacéuticos facturó 330.604.268,67 € por la dispensación de 24.020.839 recetas, lo que supuso un incremento del gasto respecto al año anterior del 8,66% y un 6,37% del número de recetas. El número de recetas/Usuario as-

cendió a 18,803, el Gasto/Usuario a 258,79 € y el Gasto/Receta a 13,76 €, siendo los incrementos respecto al año anterior de 3,36, 5,58 y 2,15% respectivamente.

Durante el años 2005 se implantaron los tres primeros módulos del Sistema de Información de Farmacia FACETA, Gestión de Talonarios, Medicamentos y Facturación, estando pendiente de implantación el módulo de Datos e Indicadores.

El primero de los módulos permite por una parte el control de la distribución de talonarios, y conocer qué talonarios se han distribuido a cada facultativo. Este módulo es además la base para la imputación del gasto.

El segundo corresponde al Nomenclátor de Medicamentos y facilita de forma rápida y sencilla las características de los medicamentos y dietas financiados por el Sistema Nacional de Salud incluidos en los Nomencladores de Facturación, Digitalis y listado de Productos Dietoterápicos Complejos y Nutrición Enteral del Ministerio de Sanidad.

El módulo de Facturación permite el control de la factura presentada por el Colegio Oficial de Farmacéuticos facilitando la obtención y tramitación de los rechaces y devoluciones de recetas.

Por último el módulo Datos e Indicadores, en el que se está trabajando actualmente, permitirá el análisis de diversos aspectos de la prescripción farmacéutica, la cual podrá ser estudiada desde distintas dimensiones: tiempo, mapa sanitario, productos (incluyendo tanto especialidades farmacéuticas como agrupaciones de estas por diferentes características relativas a su composición), distintas clasificaciones (ATC, Dietas, Efectos y Accesorios), etc.

En relación con las políticas de uso racional de medicamentos hemos de destacar la elaboración de la Guía Farmacoterapéutica Regional, que se implantó en enero de 2006.

Las adquisiciones de medicamentos y productos sanitarios por los Servicios de Farmacia de Hospital ascendieron a 68.437.389,11 € durante el año 2005. Así mismo el Servicio Murciano de Salud continuó con la elaboración programa corporativo del Sistema de Gestión de Farmacia, cuya implantación se ha iniciado durante este año 2006.

5. Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos

No se aportan datos de texto actualizados ni tabla de datos.

6. Investigación

No se aportan datos de texto actualizados ni tabla de datos.

7. Sistemas de información sanitaria

Atención Especializada

- Catálogo Nacional de Hospitales:
Análogo al nacional, gestiona la información en el ámbito autonómico.
- Encuesta de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado (EESRI):
Análogo al nacional, gestiona la información en el ámbito autonómico.
Debería incrementarse la colaboración con el Ministerio de Defensa, dado que existe una duplicación de la información debido a que el Hospital Básico de la Defensa comparte instalaciones con el Hospital Santa María del Rosell, y al notificar la información directamente al Ministerio de Sanidad, la identificación de problemas se produce con mucha posterioridad.
- Sistema de Información del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD):
Unidades informantes: Centros hospitalarios radicados en la CARM excepto el Hospital dependiente del Ministerio de Defensa. Se han realizado actuaciones para la incorporación de dos centros monográficos psiquiátricos, de menos de 40 camas, a este sistema.
Periodicidad: Trimestral.
Información recogida: Al Alta Hospitalaria, Cirugía Mayor Ambulatoria (información remitida por todos los centros que la realizan), Hospital de Día (en implantación, 2 centros), Técnicas Diagnósticas (en implantación, 1 centro), Hospitalización a domicilio (en implantación, 1 centro). Información nominal.
Sería deseable recibir la información del Hospital del Ministerio de Defensa.
Se está llevando a cabo un estudio preliminar sobre la implantación de un CMBD específico para las Urgencias Hospitalarias.

Atención Primaria

- Sistema de Información del Conjunto Mínimo Básico de Datos:
Se está desarrollando una primera aproximación a la definición del CMBD enfocado a Atención Primaria.

8. Calidad

Evolución histórica de la calidad y la igualdad en sus políticas y servicios de salud

Programa EMCA

El Programa EMCA es una iniciativa institucional que comenzó sus actividades en 1994, cuyo fin último es el de potenciar la implantación de las actividades relacionadas con la gestión de la calidad en el Sistema de Salud. Desde su inicio ha impartido 122 de Formación en Calidad Asistencial, con 3.058 profesionales participantes, 4.884 horas lectivas y 367 grupos de mejora creados.

Los datos referidos a 2005 son:

- Actividades de Formación en calidad Asistencial: 9
- Horas docentes: 342
- Profesionales participantes: 194
- Grupos de Mejora: 23

Plan de Calidad

Durante el año 2004 se establecieron las líneas estratégicas de calidad que enmarcarán la definición y puesta en marcha del Plan de Calidad del Sistema Sanitario Regional. En estas líneas se han plasmado tanto el marco de referencia de las actividades de calidad, como los objetivos estratégicos a desarrollar: Las Líneas Estratégicas del Plan de Calidad están enmarcadas en los siguientes objetivos: Mejora en la gestión de los procesos, con un aumento en la seguridad del paciente, logrando un incremento en el grado de satisfacción, tanto de los usuarios con los servicios recibidos, como de los propios profesionales de los centros. En resumen, se plantea:

- Marco de Referencia
 - Modelo Europeo de Gestión de la Calidad (EFQM).- Durante los últimos dos años, se ha formado a la mayoría de equipos directivos en el Modelo EFQM, así como a los Coordinadores de Calidad. Este periodo de formación básica finalizó el pasado 22 de Noviembre, con una reunión conjunta de todos los equipos directivos de la totalidad de Gerencias de la Región, donde se estableció la metodología a seguir, así como el cronograma (finalización de todo el proceso en tres meses).
 - Visión del Sistema Sanitario recogido en el Plan de Salud.
- Líneas Estratégicas y Objetivos:
 1. Líneas Relacionadas con los Procesos de la Organización

- 1.1. Mejora de Procesos
 - 1.2. Continuidad de los Procesos de Atención.
 - 1.3. Variabilidad de la Práctica Clínica y Gestión de la Utilización.
 - 1.4. Evaluación de Tecnologías.
 - 1.5. Normalización de las Tecnologías de la Información y Comunicación.
2. Líneas Relacionadas con los Pacientes/Clientes de la Organización
 - 2.1. Satisfacción.
 - 2.2. Hostelería
 - 2.3. Seguridad.
3. Líneas Relacionadas con las Personas/Profesionales de la Organización
 - 3.1. Clima Organizacional.
 - 3.2. Formación.
 - 3.3. Investigación.

Como ejemplo de desarrollo de los citados objetivos y líneas estratégicas cabe destacar:

Proyecto OMS «Rediseño global de cuidados de salud para enfermedades crónicas»

En este proyecto, realizado mediante un convenio entre la Consejería de Sanidad y la OMS, con la participación de la Universidad de Murcia, se pretende realizar un rediseño de dos enfermedades crónicas, EPOC y DIABETES, basándose en la revisión de la evidencia científica acerca de las intervenciones que se han demostrado efectivas en resultados en salud.

En el año 2005 se realizó el trabajo de revisión de la evidencia científica en EPOC y DIABETES para las funciones de promoción de la salud, detección y modificación de factores de riesgo, control de la enfermedad, y asistencia sociosanitaria. En diciembre de 2005 habían obtenido 110 fichas de extracción de evidencia en EPOC y 90 en DIABETES.

Evaluación y monitorización de indicadores de calidad asistencial

A lo largo del año 2005, se han elaborado indicadores de calidad asistencial a partir de la explotación de las bases de datos clínico-administrativas tipo CMBD. Los principales productos obtenidos han sido los Informes que se mencionan a continuación, de los cuales se ha llevado a cabo una amplia difusión a nivel regional, nacional e internacional:

- Serie Informes de Calidad n.º 1. Uso de los Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) como indicador de monitorización de la calidad en la Región de Murcia. Septiembre de 2005.

En el se estudia la capacidad de resolución de la Atención Primaria, mediante el estudio de las hospitalizaciones producidas por un conjunto de enfermedades susceptibles de ser controladas en el primer nivel asistencial. Se hace también una valoración acerca de las principales fortalezas y debilidades del indicador «Tasa de ACSC» para medir la efectividad de la Atención Primaria.

- Serie Informes de Calidad n.º 2. Identificación de oportunidades de mejora en la realización de actividad quirúrgica a través del cálculo del índice de sustitución de la cirugía mayor ambulatoria (CMA). Septiembre de 2005.

Este Informe describe el uso del índice de sustitución de la CMA como un indicador de calidad, útil para identificar aquellos procedimientos quirúrgicos que presentan un mayor impacto en admisiones y estancias potencialmente evitables.

Descripción del plan vigente

Encuesta de satisfacción a usuarios

Proyecto Encuesta EMCA de calidad percibida en Atención Primaria

Durante el año 2005 se ha enviado el cuestionario a 7.436 usuarios de las consultas médicas o de enfermería en los Centros de Salud de la Región. Posteriormente se procedió a la informatización, depuración, explotación y análisis de los mismos.

Proyecto Encuesta EMCA de calidad percibida Posthospitalización

Durante el año 2005 se ha procedido al envío de 5.296 cuestionarios a pacientes dados de alta en los hospitales públicos de la Región. Posteriormente se realizó la codificación, depuración, explotación de los datos y a la elaboración de informes.

Incorporación de objetivos a contratos

Grupo de trabajo de enfermería

Objetivos: abordar aspectos del Contrato de Gestión 2005 que competen a ambas Direcciones,

Se constituye un Grupo de trabajo de Enfermería para tratar los objetivos siguientes:

- Informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria.
- Actualización de protocolos de manejo de: atención a paciente hospitalizados para prevenir caídas, cuidado del paciente con sonda vesical, cuidado del paciente portador de catéter venoso, valoración por enfermería de la situación del paciente al ingreso.
- Plan de Información a pacientes: Plan de acogida al ingreso de todos los pacientes.

Los productos obtenidos hasta la fecha han sido los siguientes:

1. Informe sobre «Evaluación documentación remitida por los centros hospitalarios sobre objetivos del Contrato de Gestión 2005 relacionados con cuidados de enfermería en centros hospitalarios del SMS» que recoge los siguientes puntos:
 - Comprobación de la información recibida de los Centros teniendo como referencia lo acordado en la reunión de 10 de octubre de 2005.
 - Evaluación de la calidad formal de los protocolos de Prevención de Úlceras por Presión enviados por los distintos Hospitales, mediante herramienta EMCA.
 - Análisis de la variabilidad en la metodología de evaluación e indicadores del protocolo de UPP y del Prevención de Caídas, enviados por los distintos Hospitales.
 - A modo de ejemplo, análisis de la variabilidad en las recomendaciones de actuación en una cura de Úlcera Grado I.
2. Documento marco, con normas a seguir para la elaboración de un protocolo clínico.
3. Evaluación de la calidad formal de los protocolos de enfermería enviados por los distintos hospitales públicos de la región de Murcia, mediante herramienta EMCA.
4. Propuesta de indicadores y plan de medición para evaluación de los objetivos relacionados con cuidados de enfermería del contrato de gestión 2006.

Grupo de trabajo de urgencias de hospital

Objetivos:

- Definición del Plan Funcional de Urgencias.
- Propuesta de indicadores para la monitorización del desempeño en los servicios hospitalarios de urgencias.

A nivel específico se han obtenido los siguientes productos

- Elaboración del documento técnico «Urgencias: Análisis de objetivos del Contrato de Gestión 2005», en el que, a partir de la información facilitada por los hospitales se realizó una valoración conjunta del cumplimiento de objetivos del Contrato de Gestión 2005.
- Aprobación de la Ficha Técnica para la elaboración/ selección de indicadores con la cual han sido evaluados los indicadores de urgencias obtenidos a partir del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE).
- Aprobación del Guión para la elaboración del «Plan Funcional de un Servicio de Urgencias Hospitalario».
- Se profundizó además en los aspectos relacionados con los distintos «Modelos de triage» actualmente utilizados en los hospitales del Servicio Murciano de Salud y en la «Reingeniería del proceso de atención a urgencias» en el marco del Plan Director de Sistemas de Información (PDSIS)

Cartera de Servicios de Atención Primaria

Objetivo: Revisar, en su totalidad la actual cartera de servicios de Atención Primaria, identificando la nueva evidencia científica disponible y elaborando tanto las actuaciones, como los indicadores de evaluación de dichas actividades. Este proyecto, ya avanzado, ha desarrollado la Metodología y Diseño de Documentos para la revisión y actualización de servicios, así como la identificación de Servicios y elección de Integrantes de Grupos de Trabajo y formación de los mismos. En el momento actual, los grupos han presentado su informe definitivo, por lo que queda por realizar la difusión y el consenso definitivo.

Experiencias de éxito a destacar

Implantación del modelo EFQM

En este año se ha realizado un proceso global y completo de autoevaluación por las 14 Gerencias que componen el Servicio Murciano de Salud.

El Modelo EFQM de Excelencia es un marco de trabajo no prescriptivo que reconoce que la excelencia de una organización se puede lograr de manera sostenida mediante distintos enfoques. Dentro de este marco general no prescriptivo, existen ocho conceptos fundamentales, que constituyen la base del Modelo y sobre ellos pivota el análisis de la excelencia de cualquier organización:

- Orientación hacia los resultados
- Orientación al cliente
- Liderazgo y constancia en los objetivos
- Gestión por procesos y hechos
- Desarrollo e implicación de las personas
- Aprendizaje, Innovación y Mejora Continuos
- Desarrollo de Alianzas
- Responsabilidad Social

En este sentido, durante los últimos dos años, se ha formado a la mayoría de Equipos Directivos en el Modelo EFQM, así como a los Coordinadores de Calidad, con el objetivo de realizar la primera autoevaluación (basada en Evalexpres), en todas las Gerencias dependientes del Servicio Murciano de Salud.

Fruto de lo anterior, en el periodo comprendido entre Enero y Abril, todas las Gerencias han desarrollado el proceso, conjuntamente con dos facilitadores externos. El proceso se ha desarrollado con una eficiente utilización del tiempo/directivo, teniendo en cuenta los antecedentes y experiencias de otros centros y organizaciones similares. A las 150 horas/directivo necesarias para una evaluación «clásica» declarados por organizaciones similares, se ha pasado a una horquilla que varía entre 10 y 30 horas/directivo.

La autoevaluación ha permitido, a juicio de los propios equipos implicados, una visión global, integradora, comprehensiva y real de la situación, contexto y entorno actual de la organización. Del mismo modo, ha permitido identificar un muy elevado número de áreas y oportunidades de mejora relacionadas con la gestión de la calidad de la organización.

9. Seguimiento del estado de salud de la población

Indicadores de Salud en la Región de Murcia. Situación en 2005

Tendencia de la mortalidad infantil 1975-2004

La mortalidad infantil (<1 año) en España y en la Región de Murcia ha experimentado un notable descenso. Con tasas de 18,9 por mil nacidos vivos en España y 23,4 en la Comunidad de Murcia en 1975, a tasas de 3,9 y 6,0, respectivamente, en el año 2003. La mortalidad infantil en la Región de Murcia presenta un marcado descenso inicial hasta igualarse con la media española, y a partir de 1996, se mantiene por encima (tabla y gráfica 1).

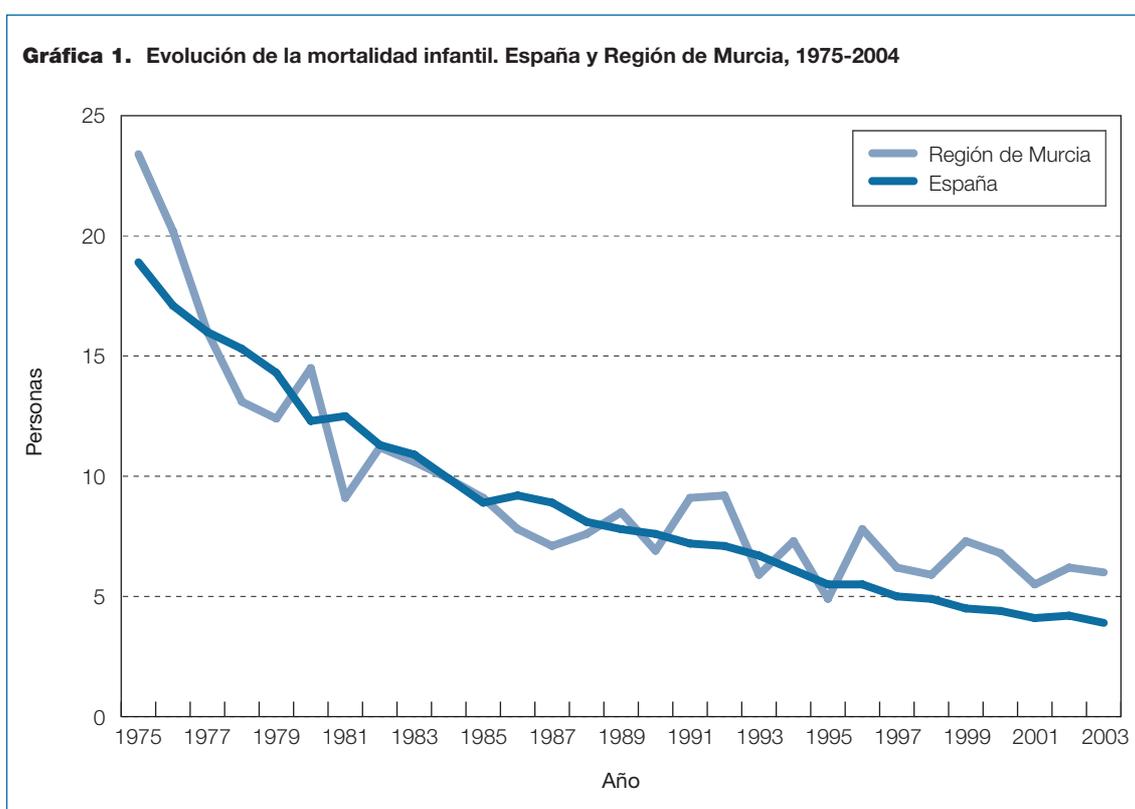


Tabla 1. Evolución de las principales causas de mortalidad infantil, España y Región de Murcia (CARM), 1999-2003

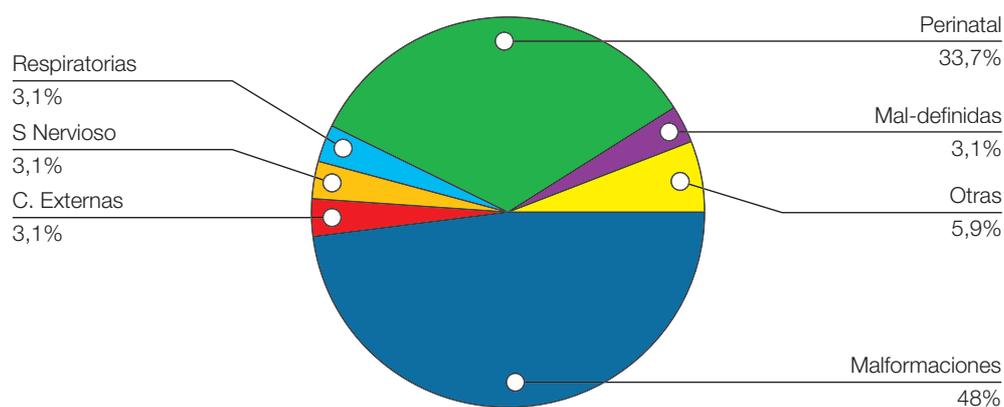
	1999		2000		2001		2002		2003	
	España	CARM								
Todas las causas	4,47	7,33	4,38	6,83	4,08	5,47	4,15	6,20	3,92	5,96
Afecciones perinatales	2,02	3,51	2,09	2,61	2,14	2,74	2,13	2,45	1,95	2,07
Duración gestación y crecimiento	0,28	0,31	0,25	0,28	0,24	0,13	0,30	0,26	0,27	0,49
Respiratorio y cardiovascular	0,76	1,30	0,77	1,06	0,80	1,00	0,68	1,03	0,65	0,55
Infecciones	0,24	0,53	0,27	0,35	0,28	0,80	0,29	0,39	0,29	0,55
Malformaciones congénitas	1,60	2,60	1,45	2,75	1,22	2,00	1,24	2,39	1,17	2,86
Circulatorias	0,75	1,53	0,72	0,99	0,13	0,40	0,60	1,29	0,52	1,58
Cromosómicas	0,17	0,15	0,13	0,35	0,09	0,20	0,11	0,06	0,12	0,36

Fuente: Centro Regional de Estadística. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

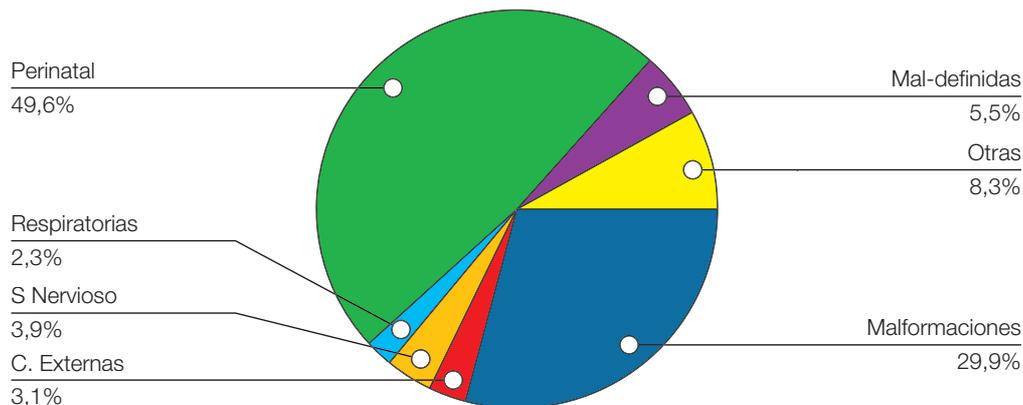
Mortalidad por causas. Las principales causas de la mortalidad infantil son las malformaciones congénitas y las afecciones perinatales (gráfica 2). En su evolución anual (gráfica 3), se constata mayor mortalidad regional en las malformaciones congénitas, mientras que la mortalidad por afecciones perinatales tiende a disminuir, hacia la convergencia con España (tabla 1).

Gráfica 2. Mortalidad infantil por grandes grupos de causas (porcentaje). Región de Murcia y España, 2003

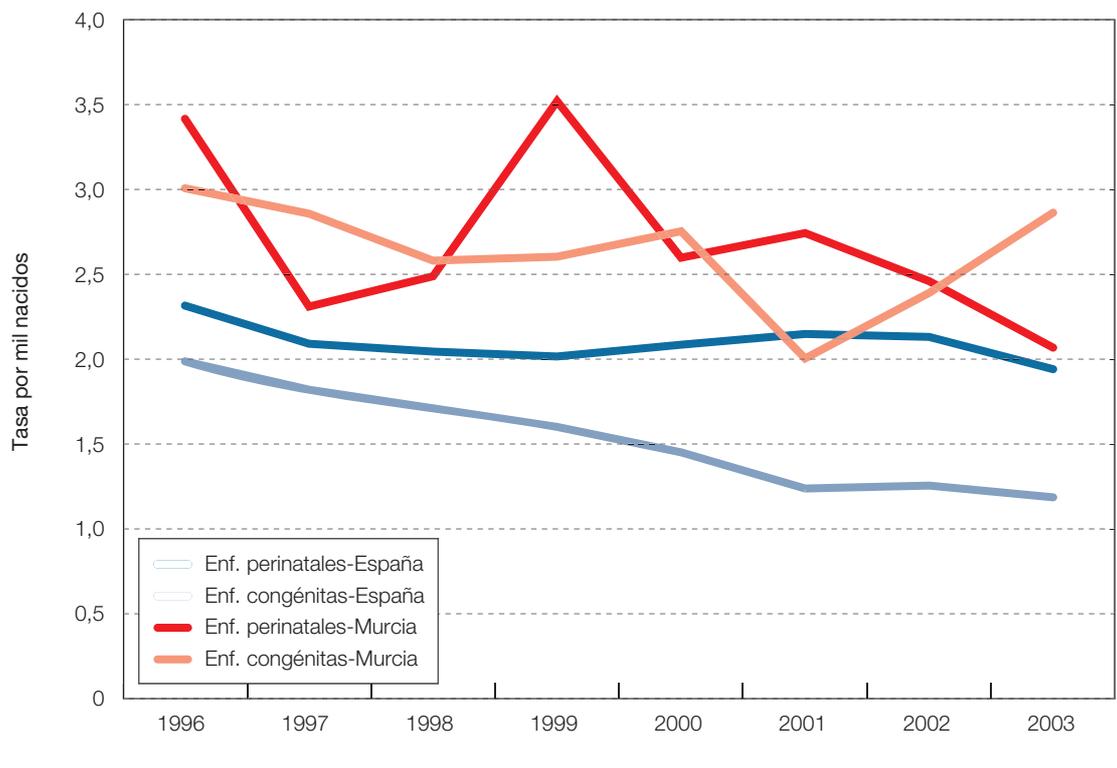
Comunidad de Murcia



España

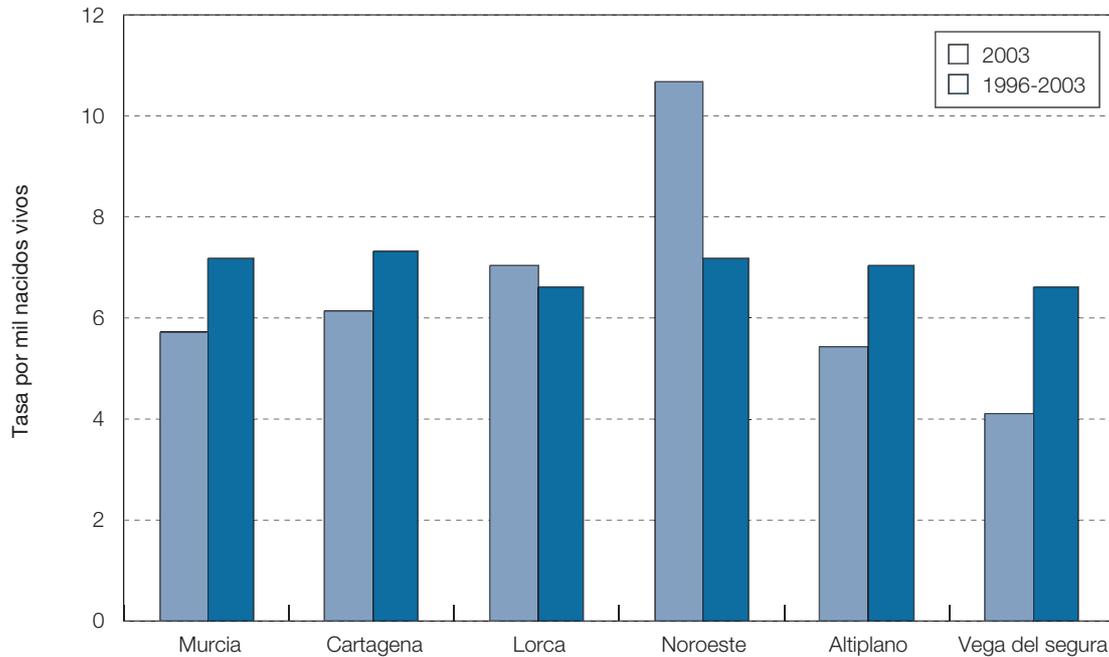


Gráfica 3. Evolución de las principales causas de mortalidad infantil. España y Región de Murcia, 1996-2000



Mortalidad por área de salud. En 2003, la mortalidad infantil más elevada se observa en el área sanitaria del Noroeste (10,6) y la más baja en la Vega del Segura (4,2). Al agregar los últimos años, para evitar las fluctuaciones basadas en pocas defunciones, los resultados dan un promedio similar entre las áreas (gráfica 4).

Gráfica 4. Tasa de mortalidad infantil por área de salud. 2003 y promedio 1996-2003



Tipos de mortalidad infantil. La mortalidad neonatal precoz (<7 días) es el componente con mayor peso en la mortalidad infantil regional en las últimas décadas (tabla 2). La mortalidad perinatal, engloba a los nacidos muertos (muertes fetales tardías) con 180 o más días de gestación y a la mortalidad neonatal precoz. En los últimos años se observa que la Comunidad presenta índices mayores que el Estado, tanto para la mortalidad perinatal como en sus componentes (tabla 3).

Tabla 2. Evolución de la mortalidad infantil por subgrupos*. Región de Murcia, varios años

	1975	1981	1986	1991	1996	2001	2002	2003
Infantil	23,4	9,1	7,8	9,1	7,7	5,4	6,2	6,0
Neonatal (<28días)	14,8	6,1	5,2	6,1	5,6	3,9	4,2	3,7
Neonatal precoz (<7días)	11,0	4,4	4,0	4,6	3,9	2,1	2,9	1,8
Neonatal tardía (7-27días)	3,7	1,8	1,2	1,5	1,7	1,9	1,3	1,9
Posneonatal (28días- <1 año)	8,6	2,9	2,6	3,0	2,1	1,5	2,0	2,2
Perinatal**(nacidos muertos+<7días)	20,7	9,9	10,0	9,6	7,8	5,6	5,6	5,5

* Tasas por 1.000 nacidos vivos.

** Tasa por 1.000 nacidos vivos y muertos.

Fuente: Centro Regional de Estadística de Murcia. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

Tabla 3. Evolución de la mortalidad perinatal y subgrupos. España y Región de Murcia, 1996-2003

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Perinatal (nacidos muertos y <7días)*								
España	6,4	6,3	5,9	5,7	5,5	5,6	5,2	4,9
Reg. Murcia	7,8	7,5	6,8	8,6	5,5	5,6	5,6	5,5
Neonatal precoz (<7días vida)**								
España	2,5	2,2	2,0	1,8	1,8	1,8	1,8	1,6
Reg. Murcia	3,9	3,0	2,3	3,4	2,3	2,1	2,9	1,8
Fetal Tardía* (nacidos muertos)&								
España	3,9	4,1	3,9	3,8	3,7	3,8	3,5	3,4
Reg. Murcia	3,9	4,5	4,6	5,2	3,2	3,5	2,7	3,9

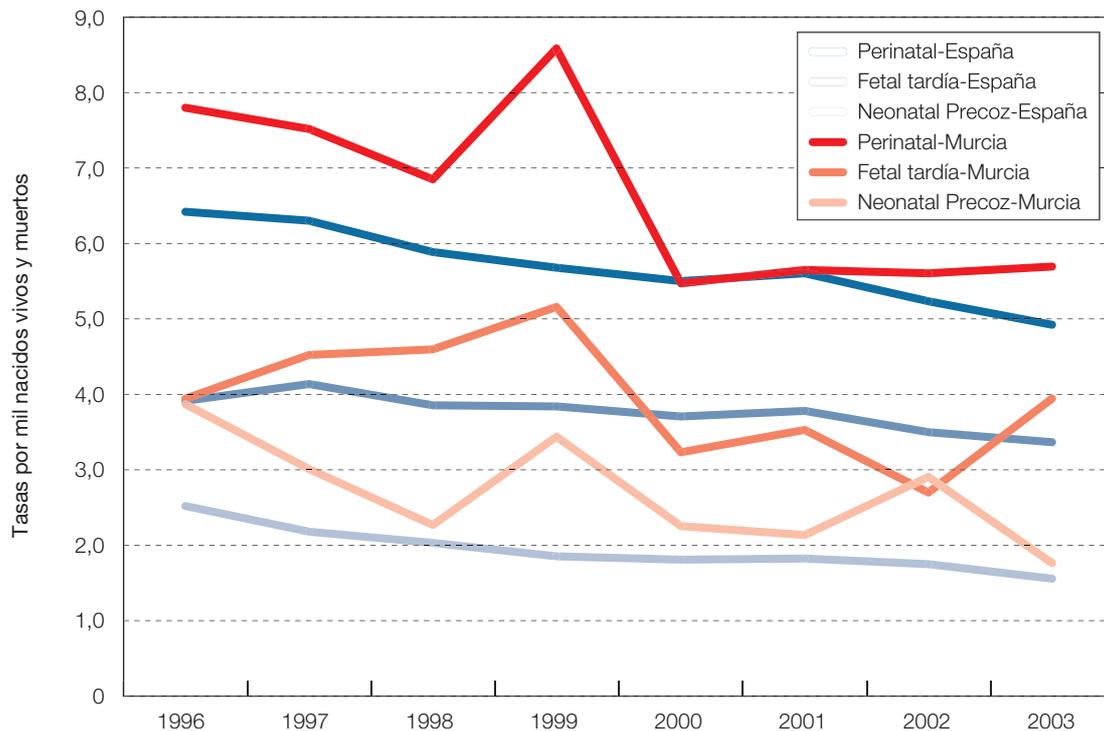
* Tasas por 1.000 nacidos vivos y muertos.

** Tasas por 1.000 nacidos vivos.

& Según ley se incluyen a los fetos de más de 180 días gestación.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Elaboración: Servicio de Epidemiología.

Gráfica 5. Evolución de la mortalidad perinatal y de sus componentes (neonatal precoz y fetal tardía). España y Región de Murcia, 1996-2003



Mortalidad infantil según nacionalidad. La nacionalidad que figura en el Boletín Estadístico de Parto (BEP) es la de la madre o del padre si son españoles, mientras que la del Boletín Estadístico de Defunción (BED) es la del nacido. Desconocemos si los registros civiles utilizan un criterio uniforme al consignar la nacionalidad de los hijos de padres y/o madres extranjeros residentes en España. Por todo ello no es posible conocer la tasa de mortalidad infantil por nacionalidad de la madre o del nacido.

Sistema de Información Sanitaria sobre Enfermedades de Declaración Obligatoria (SISEDO) en 2005

La información global sobre la incidencia en el año 2005 de todas las enfermedades de declaración obligatoria, así como del SIDA, se publicará a lo largo del año en boletines monográficos. Además, durante el año 2005 se registraron en la Región 77 brotes epidémicos. En la tabla 4 se resumen los brotes investigados y el número de afectados registrados. La información detallada sobre los brotes de transmisión alimentaria en 2005 ha sido publicada en el BEM n.º 679.

Tabla 4. Brotes epidémicos registrados en la Región de Murcia. Año 2005

Enfermedad	N.º de brotes	N.º de casos
Infecciones e Intoxicaciones Alimentarias	50	1.001
Tuberculosis Respiratoria	15	46
Hepatitis por virus A	5	27
Parotiditis	1	3
Exantema vírico	1	10
Meningitis vírica	2	5
Meningitis post-raquianestesia	1	5
Gastroenteritis por Salmonella	1	2
Gastroenteritis no especificada	1	16
Total	77	1.115

Tendencia de cáncer hepático en la Región de Murcia

El cáncer hepático está aumentando en las últimas décadas en países desarrollados, aunque presentan tasas más bajas que los países en vías de desarrollo.

Con el objetivo de conocer la tendencia del cáncer hepático en la Región de Murcia se han analizado los casos incidentes de las dos últimas décadas. Los casos nuevos diagnosticados de cáncer hepático han sido seleccionados del periodo 1983-1998 y se han distribuido por grupos quinquenales de edad. El código utilizado para seleccionar los casos es C22, literal «Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas» de la CIE-10. El análisis de tendencia se ha realizado considerando cuatro periodos diagnósticos de cuatro años, desde 1983 a 1998. El cambio neto anual y sus intervalos de confianza (IC) al 95% se han calculado mediante regresión de Poisson.

En el periodo 1983-1998 se han diagnosticado 616 casos de cáncer hepático en hombres, con una tasa global para todo el periodo de 7,4/100.000, y 347 casos en mujeres. El porcentaje de casos con confirmación microscópica es 53,2% y 36,6% en hombres y mujeres respectivamente, y se incrementa a lo largo del periodo.

En hombres, se observa un incremento en la tendencia significativo de un 3,8% anual (IC95% 1,9-5,8) con tasas brutas en el periodo inicial de 5,8/100.000 que casi se duplican en el último periodo (10/100.000), como puede observarse en la tabla 6. Los grupos de elevada edad presentan mayor incidencia (tabla 5), con una media de edad al diagnóstico de 66 años. En mujeres el cáncer hepático es mucho menos frecuente que en hombres, con tasas de incidencia para todo el periodo de 4,1/100.000. Las tasas en mujeres disminuyen a lo largo de los 16 años analizados de forma significativa en un -2,5% anual, aunque con un amplio IC (-4,9;-0,1) debido al menor número de casos, cambiando de 4,9 a 4,1 entre el periodo inicial y el final. Conforme avanza la edad la incidencia asciende, con una edad media al diagnóstico de 72 años.

Concluyendo, la tendencia temporal de cáncer hepático en la Región de Murcia presenta un patrón de evolución diferente por género, con ascenso importante en hombres y descenso moderado en mujeres, ambos significativos. Este patrón diferente por género puede reflejar en cierta medida la diferente distribución de los factores de riesgo destacables de cáncer hepático entre hombres y mujeres, como el consumo el alcohol, ya que la prevalencia de consumo diario en hombres triplica al de mujeres, y las hepatitis víricas, con frecuencias superiores al doble en hombres.

Tabla 5. Cáncer hepático: Tasas de incidencia brutas por 100.000 hab. por grupos de edad, sexo y periodo diagnóstico. Región de Murcia

Periodo	Grupos de edad										
	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Hombres											
1983-86	1,8	0,0	3,8	3,6	19,2	17,7	27,8	44,5	60,6	36,5	39,6
1987-90	0,8	0,9	2,0	6,7	5,6	17,5	16,3	54,9	49,6	32,3	49,9
1991-94	3,0	2,5	4,6	8,2	10,5	30,1	43,3	53,5	55,8	46,5	50,5
1995-98	0,6	3,8	8,4	10,5	20,7	40,3	45,9	54,7	49,3	60,3	31,2
Mujeres											
1983-86	0,0	0,0	0,9	1,7	3,6	7,5	13,8	17,0	47,5	43,8	99,5
1987-90	1,6	1,7	1,9	0,0	8,7	8,4	7,0	10,5	16,4	29,3	31,5
1991-94	0,0	0,8	0,9	1,0	5,4	7,1	8,9	26,2	21,2	46,7	33,9
1995-98	0,0	0,0	1,6	1,8	2,9	6,2	11,0	18,4	25,0	39,4	34,3

Fuente: Registro de Cáncer. Servicio de Epidemiología.

Tabla 6. Cáncer hepático: Tasas de incidencia brutas y ajustadas a la PEE por 100.000 hab. todos los grupos de edad. Región de Murcia

	Tasa bruta		Tasa ajustada PEE*	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1983-86	5,8	4,9	7,1	4,4
1987-90	5,4	3,3	6,3	3,0
1991-94	8,3	4,1	9,0	3,3
1995-98	10,0	4,1	10,4	3,1

* PEE: Población europea estándar

Fuente: Registro de Cáncer. Servicio de Epidemiología.

Factores de riesgo para enfermedades crónicas

Tabla 7. Prevalencia (%) de algunas condiciones crónicas en población adulta (20-65 años) de la Región de Murcia. Años 1992 y 2002

	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	1992	2002	1992	2002	1992	2002
	Prevalencia Consumo tabaco (≥ 1 cig/d)	42,8	37,1	54,4	40,6	31,3
Proporción ex fumadores	7,5	13,0	11,8	19,1	3,3	7,4
Prevalencia de sobrepeso y obesidad ($IMC \geq 25$)	61,4	59,9	67,0	71,4	56,0	49,8
Prevalencia de obesidad ($IMC \geq 30$)	20,5	19,6	17,3	21,1	23,7	18,2
Prevalencia de actividad física deportiva (≥ 6 METs) al menos 2 horas/semana	17,8	29,3	23,1	36,7	12,5	22,1
Prevalencia de hipertensión arterial ($TAS \geq 140/TAD \geq 90/Tratada$)	28,0	23,7	32,3	31,3	23,7	17,0
Prevalencia de hipertensión arterial tratada y controlada ($TAS \geq 160/TAD \geq 95/Tratada$)	5,7	19,9				
Prevalencia de diabetes ($GB \geq 126$ mg/dl)	11,0	12,7	9,6			
Prevalencia de hipercolesterolemia (colesterol total ≥ 200 mg/dl)	39,5	51,3	42,8	54,2	36,1	48,8
Prevalencia de HDL colesterol de riesgo (hombres < 39 mg/dl; mujeres < 43 mg/dl)	7,4	10,0	7,8	14,5	7,0	6,1

IMC: índice de masa corporal; TAS y TAD: tensión arterial sistólica y diastólica; GB: glucemia basal; MET: tasa de equivalente metabólico; HDL: lipoproteína de baja densidad.

A través de dos encuestas realizadas con una década de diferencia (en 1992 y 2002) en dos muestras representativas de población adulta (20-65 años) de la Región de Murcia se ha podido monitorizar la prevalencia de los principales factores de riesgo de enfermedades

crónicas, especialmente, de las enfermedades cardio-vasculares. Las principales conclusiones son: a) la prevalencia de consumo diario de tabaco ha descendido globalmente y en hombres, con un ligero aumento en mujeres; la proporción de ex fumadores ha aumentado en ambos sexos (tabla 7); b) la prevalencia de sobrepeso y obesidad se mantiene estable; sin embargo, analizado por sexos, en las mujeres se ha reducido mientras que en hombres ha ocurrido lo contrario; c) la actividad física enérgica ha aumentado en toda la población; d) la prevalencia de hipertensión arterial ha descendido globalmente a expensas de la importante reducción en mujeres; el control de la hipertensión arterial ha mejorado globalmente; e) no hay datos de evolución de diabetes pero ahora (2002) sabemos que uno de cada 10 murcianos adultos presenta diabetes; f) ha aumentado la prevalencia de colesterol elevado (colesterol total >200 mg/dl) y de HDL colesterol de riesgo, excepto esto último en mujeres que se mantiene como en el año 1992.

Consumo de alcohol en escolares de la Región de Murcia

Los datos procedentes de las encuestas escolares sobre consumo de drogas realizadas en el periodo 1994- 2004 en la Región de Murcia, señalan que el alcohol es la sustancia que presenta una mayor prevalencia de consumo entre escolares de 14-18 años. En la última encuesta realizada en el año 2004 un 80,9% lo ha consumido alguna vez en la vida, el 80,7% lo ha consumido en los últimos 12 meses y el 65% lo ha probado en el último mes. La edad media del primer consumo es a los 13,7 años, no habiéndose modificado en el periodo de estudio. La edad media de inicio en el consumo semanal se ha retrasado ligeramente, siendo en el 2004 de 15,4 años (tabla 8).

Tabla 8. Características generales de prevalencia del consumo de alcohol en la población escolar de 14-18 años (porcentajes). Región de Murcia 1994-2004

	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Número de encuestados	907	818	813	727	1.394	1.468
Alguna vez en la vida	84,4%	86,0%	85,0%	78,0%	76,8%	80,9%
En los últimos 12 meses	83,4%	84,2%	80,4%	77,3%	76,1%	80,7%
En los últimos 30 días	76,6%	72,1%	67,4%	64,4%	56,5%	64,9%

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con

Fuente: Encuesta escolar sobre Drogas en la Región de Murcia 1994-2004.

Un 81,8% declaran que toman habitualmente las bebidas alcohólicas en bares, cafeterías, pubs o discotecas. Los problemas o consecuencias negativas sufridas relacionadas con el consumo en el año 2004, en primer lugar, están los problemas de salud 9,3%, en segundo lugar los conflictos sin agresiones físicas 8,1%, seguidos de los conflictos o discusiones familiares 8%. En relación con las actividades escolares un 7,2% ha tenido algún problema y en menor porcentaje conflictos con agresiones, problemas económicos, pérdidas de amigos, embarazos no deseados, etc.

Las bebidas más consumidas por los escolares durante los últimos 12 meses previos a la entrevista en el 2004 son: los combinados y cubatas (72,8%), seguido de cerveza/sidra (54,7%), vino (55,4%), licores de frutas (42%) y licores fuertes (39,1%).

Programa de vacunaciones

Las coberturas de vacunación durante el primer año de vida, para niños nacidos durante el año 2004, tienen unos niveles excelentes, siguiendo la línea de los últimos años (tabla 9), el hecho de que los porcentajes sean superiores al 100% obedece a que el denominador empleado es el publicado por el Centro Regional de Estadística, y en nuestro Registro Nominal de Vacunaciones figuran más personas vacunadas.

Tabla 9. Cobertura vacunal nominal para vacunas del primer año de vida (porcentaje). Año 2005

Vacuna	1.º dosis			2.º dosis			3.º dosis	
	HB	DTP/Hib/VPI	Men C	HB	DTP/Hib/VPI	Men C	HB	DTP/Hib/VPI
Cobertura (porcentaje)	102,0	102,0	102,1	102,1	102,1	101,8	101,0	101,0

HB: virus hepatitis B; DTP: Difteria-Tétanos-Pertussis; Hib: Haemophilus influenzae tipo B; VPI: virus de la polio inactivado; Men C: meningitis meningocócica serotipo C.

En el segundo año de vida, para nacidos durante el año 2002, la cobertura vacunal frente a sarampión, rubéola y parotiditis se sitúa por encima del 96%, los recuerdos de poliomielitis, difteria, tétanos y tosferina, sobrepasan el 93%.

La cobertura vacunal nominal en el segundo año de vida frente a sarampión, rubéola y parotiditis (triple vírica) es del 96,3%, y para el cuarto recuerdo de difteria, tétanos, tosferina, Haemophilus influenzae tipo b, y virus de la polio inactivado, del 93,2%.

La cobertura de vacuna antigripal, alcanzada en la población de 65 años o más, en la temporada 2004/2005, ha sido del 63,84%. El número de dosis de vacuna antineumocócica administrada en la misma población se recoge en la tabla 10.

Tabla 10. Cobertura vacunal antigripal y antineumocócica ≥ 65 años. Años 2004-2005

Área Sanitaria	Gripe		Neumococo	
	N.º total de dosis notificadas	Dosis administradas población ≥ 65 años	Porcentaje ≥ 65 años vacunados	Dosis administradas población ≥ 65 años
Área I (Murcia)	64.955	40.913	60,7	4.653
Área II (Cartagena)	46.971	30.179	67,7	2.016
Área III (Lorca)	19.738	13.089	59,3	993
Área IV (Noroeste)	13.020	8.897	70,2	601
Área V (Altiplano)	9.037	5.983	73,8	301
Área VI (Vega del Segura)	24.586	15.209	63,2	1.344
Total región	178.307	114.270	63,8	9.908

Programa de detección precoz de las hipoacusias neonatales

Durante el año 2005 todos los hospitales públicos y privados con maternidad de toda la Región conforme se han incorporando al *screening*, han registrado en la base de datos de Salud Pública a los recién nacidos, y el resultado de las pruebas de detección (otoemisiones acústicas). En la tabla 11 se detalla por hospitales los recién nacidos registrados y la cobertura de participación en esta fase de detección.

Tabla 11. Cobertura de participación del Programa de Detección de las Hipoacusias Neonatales. Año 2005

Hospital	1.ª fase			2.ª fase			Hipoacusias confirmadas
	RN registrados	RN con pruebas	Participación (porcentaje)	RN no pasaron 1.ª fase	Estudiados 2.ª fase	Participación (porcentaje)	
San Carlos	590	588	99,7	7	0	0,0	0
Los Arcos	1.281	1.259	98,3	51	33	65,0	0
Virgen del Castillo	853	849	99,5	0	0	0,0	0
Virgen de la Vega	1.763	1.587	90,0	142	105	74,0	0
Naval del Mediterráneo	2.782	2.056	73,9	83	15	18,0	0
Noroeste (Caravaca)	662	647	97,7	5	1	20,0	0
Rafael Méndez	1.798	1.797	99,9	8	0	0,0	0
Virgen de la Arizaca	7.783	7.528	99,5	2	0	0,0	1
Totales	17.512	16.311	93,1	298	154	51,7	1

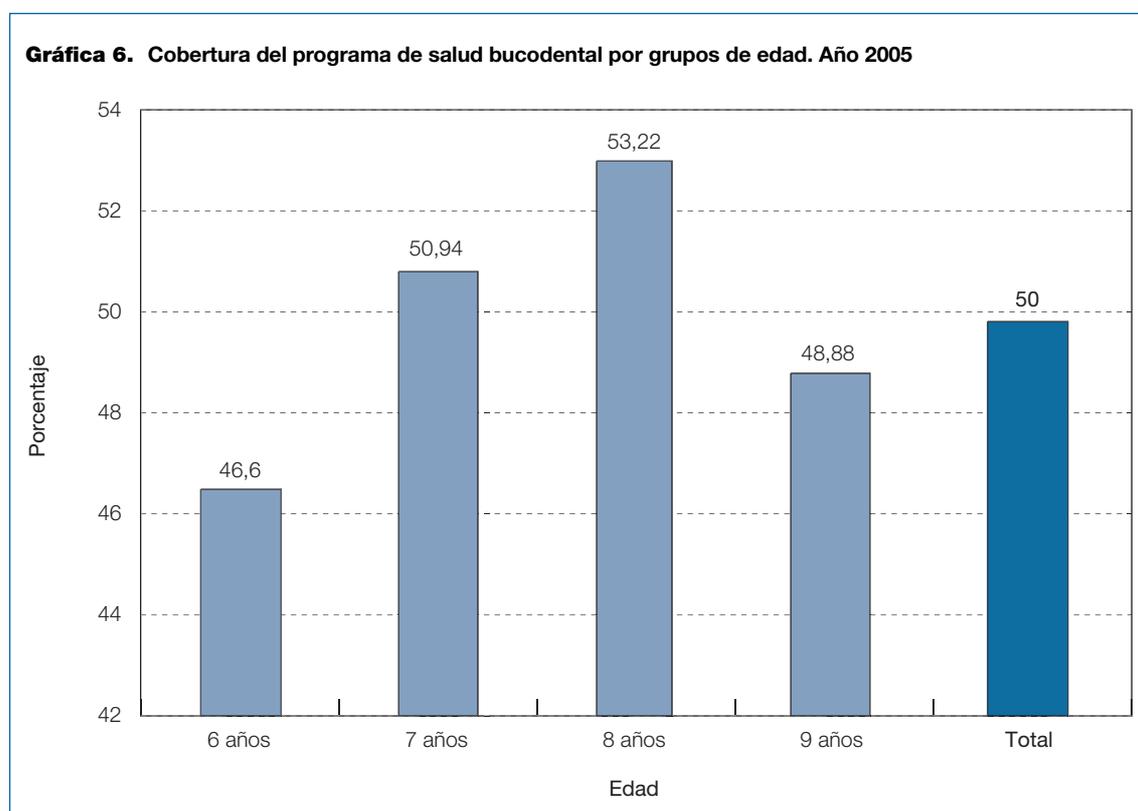
Servicio de Prevención y Protección de la Salud.

Resumen de la evaluación del programa de salud bucodental infantil de la Región de Murcia

El Programa de Salud Bucodental Infantil tiene como objetivo disminuir la prevalencia de caries y enfermedad periodontal en la población infantil de la Región de Murcia.

La población diana en el año 2005 estaba constituida por niños de 6, 7, 8 y 9 años de edad, residentes en la Región de Murcia y con asistencia sanitaria a través del Servicio Murciano de Salud, y supone un total de 55.458 niños. Se logró una cobertura total del 50%, presentándose en la gráfica 6 la cobertura alcanzada por grupos de edad.

En el Programa se contemplan dos tipos de intervenciones: tratamientos básicos (revisiones bucales y actividades preventivas) y tratamientos especiales (intervenciones reparadoras). Para obtener información sobre «tratamientos básicos» se realizó un muestreo representativo aleatorio constituido por 2.310 niños, en la gráfica 7 figuran los resultados obtenidos. La información relativa a «tratamientos especiales» corresponde a la totalidad de los autorizados (tabla 12).



Gráfica 7. Tratamientos básicos efectuados. Programa de salud bucodental. Año 2005

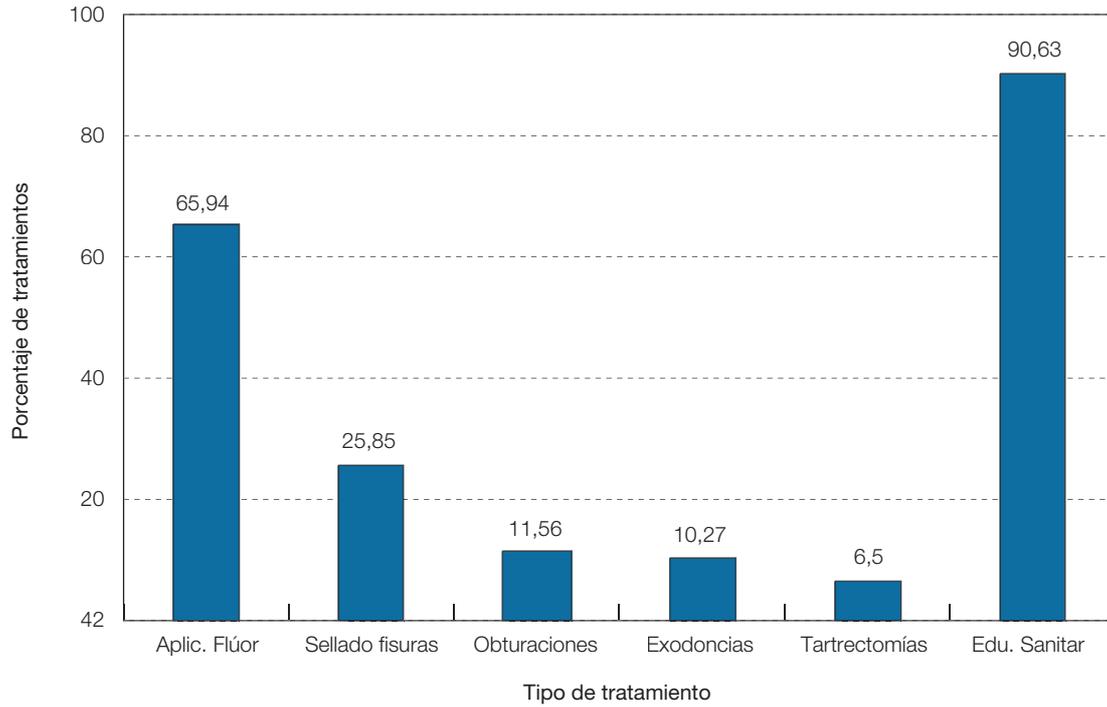


Tabla 12. Tratamientos especiales autorizados. Programa de salud bucodental. Año 2005

Tratamientos especiales autorizados	Número	Porcentaje (1)	Porcentaje (2)
Reconstrucción inciso-canino	198	41,3	0,71
Endodoncia pieza post permanente	65	13,5	0,23
Protección pulpar inciso-canino	21	4,40	0,08
Extracción de supernumerario	14	2,9	—
Obturación inciso-canino	3	0,69	—
Apicoformación	5	1	—
Ortopantomografía	173	36,1	0,62
Total	479	100	

(1) Porcentaje respecto al total de tratamientos autorizados.

(2) Porcentaje respecto al total de niños atendidos en el Programa.

Informe-resumen sobre datos de siniestralidad laboral 2005

Durante el año 2005 se ha declarado en nuestra Región un total de 26.805 accidentes de trabajo ocurridos durante la jornada laboral y que han causado baja, lo que supone un aumento respecto a los 23.605 accidentes declarados en 2004. No se han podido calcular las

tasas al no estar disponibles todavía los datos de población asalariada por nuevos cambios en la metodología de la EPA (Encuesta de Población Activa) en 2005.

También se han declarado 841 casos de enfermedad profesional, lo que supone 75 casos más que en el año anterior.

En las tablas 13 y 14 se presenta la distribución de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales por sectores económicos.

Tabla 13. Accidentes de trabajo totales, graves y mortales por sectores económicos. Frecuencia. Región de Murcia 2005

	Total accidentes	Accidentes graves	Accidentes mortales
Agricultura	2.197	25	2
Industria	7.838	59	2
Construcción	8.010	108	14
Servicios	8.760	70	16
Total	26.805	262	34

Tabla 14. Enfermedades profesionales por sectores económicos. Frecuencia. Región de Murcia 2005

	N.º casos
Agricultura	77
Industria	444
Construcción	110
Servicios	210
Total	841

Calidad sanitaria de las aguas y zonas de baño de la Región de Murcia.

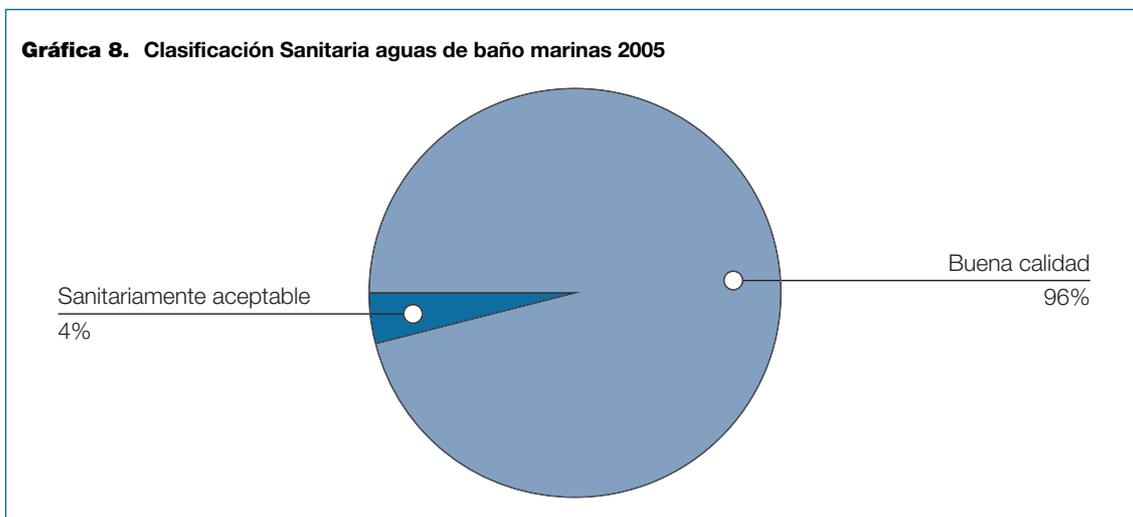
Año 2005

La temporada de baños en nuestra Región, abarca el periodo comprendido entre el 15 de mayo y el 30 de septiembre; durante este periodo y comenzando con quince días de antelación al inicio de la temporada, se toman muestras del agua de baño con una frecuencia mínima quincenal. Paralelamente se realizan semanalmente inspecciones visuales tanto del agua como de la arena. Los parámetros que se determinan en el agua son los obligatorios que establece el RD 734/88, de 1 de julio, por el que se establecen las normas de calidad de las aguas de baño. Al finalizar la temporada se aplica un tratamiento estadístico a todos los resultados obtenidos durante la misma, obteniéndose así la Calificación Sanitaria de las aguas de baño, en la cual se establecen tres categorías.

Aguas 2: aguas aptas para el baño, de muy buena calidad. Aguas 1: aguas aptas para el baño, de buena calidad. Aguas 0: aguas no aptas para el baño.

En el año 2005 hay censadas, a efectos de vigilancia sanitaria, 76 zonas de baño de nuestro litoral, de las cuales 75 son marinas y una fluvial (río Alhárabe/Moratalla).

Las muestras totales de agua tomadas durante el año 2005 en las playas marítimas han sido 824. Las calificaciones sanitarias obtenidas se recogen en la gráfica 8.

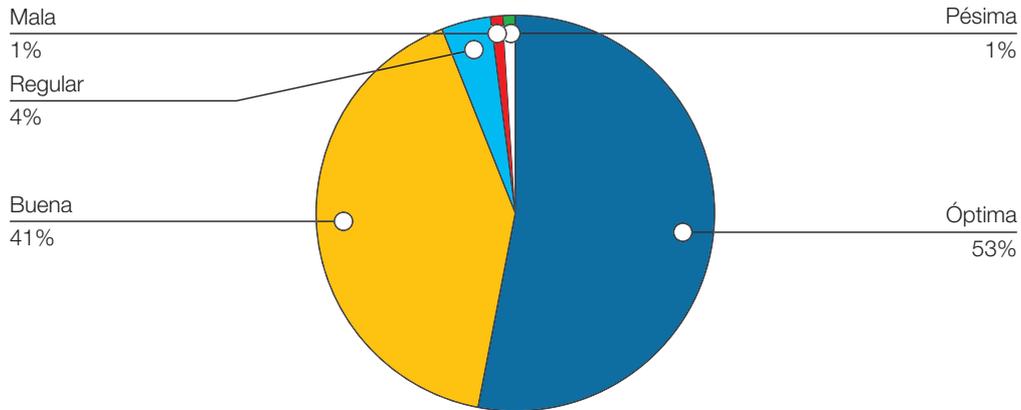


La zona de baño fluvial «Camping La Puerta» de Moratalla, ha sufrido un empeoramiento progresivo de la calidad de sus aguas, de manera que este año 2005 la calificación sanitaria obtenida ha sido «no apta para el baño», por lo que se ha propuesto al Ministerio de Sanidad y Consumo darla de baja en el censo de zonas de baño a todos los efectos.

Por otro lado y con el objetivo de extremar la vigilancia sanitaria en la laguna del mar menor se realizaron determinaciones de microcistina, como parámetro indicador del nivel de eutrofización del agua, en distintos puntos representativos de la misma dando todos los resultados negativos. Finalmente esta prueba se extendió también a todas las zonas de baño de Lorca y Águilas dando igualmente valores negativos. Paralelamente se valora la dotación de servicios del entorno periplayero de cada una de las zonas de baño censadas tales como señalización, salvamento, duchas, servicios higiénicos, vestuarios, acampada, papeleras, presencia de vertidos, etc., así el área periplayera se califica como óptima, buena regular, mala y pésima.

Los resultados obtenidos se muestran en la gráfica 9.

Gráfica 9. Clasificación área periplayera 2005



Fuente: Servicio de Sanidad Ambiental.

Programa de prevención de cáncer de mama.

La tasa de participación durante el bienio 2004-05 es algo superior al 70,1%, (tabla 15) repartida de forma desigual según el área, pero muy especialmente según la fase de cribado, variando entre el 21,3% (área 6, cribado inicial irregular) hasta un 95,3% (cribado sucesivo regular en el área 5). En cuanto al número de cánceres, se han diagnosticado 264, lo que supone una tasa de detección global de 3,3 por cada mil mujeres estudiadas, variando entre 3,91 en las mujeres en cribado inicial (algo menos de tres veces la incidencia esperada) y 3,09 entre las de cribados sucesivos (2,2 veces la incidencia esperada). El valor predictivo positivo de la derivación a las unidades de mama (proporción de cánceres detectados entre tales mujeres) es 44,3%, con variaciones menores entre las distintas unidades de cribado.

Tabla 15. Tasas de participación durante el bienio 2004-2005. Mujeres entre 50 y 69 años. Total Regional y por Áreas de Salud

Área de Salud	Fase de cribado				Total
	Inicial*	Inicial Irregular**	Sucesivo*** Irregular	Sucesivo Regular****	
I. Murcia					
Citadas	7.185	9.779	24.780	3.020	44.764
Participan	58,1%	26,5%	89,3%	58,4%	68,5%
II. Cartagena					
Citadas	5.336	4.396	16.980	2.349	29.061
Participan	64,4%	23,2%	88,6%	50,4%	71,2%
III. Lorca					
Citadas	1.835	3.654	7.226	1.297	14.012
Participan	61,9%	26,4%	91,3%	59,7%	67,6%
IV. Noroeste					
Citadas	872	1.115	3.842	629	6.458
Participan	66,6%	27,2%	92,0%	55,6%	73,8%
V. Altiplano					
Citadas	746	804	2.682	417	4.649
Participan	65,5%	37,7%	95,3%	58,5%	77,2%
VI. Vega del Segura					
Citadas	1.973	2.241	10.242	949	15.405
Participan	72,0%	21,3%	92,2%	51,4%	76,8%
Región					
Total citadas	17.947	21.989	65.752	8.661	114.349
Total participan	62,6%	25,7%	90,2%	55,5%	70,8%

* Cribado inicial: mujeres citadas por primera vez en el periodo.

** Cribado inicial irregular: mujeres citadas en las rondas de cribados anteriores y que no acudieron a las citas.

*** Adhesión o cribado sucesivo irregular: mujeres que participan en alguna ocasión pero no en la ronda de cribado inmediatamente anterior al periodo estudiado.

**** Adhesión o cribado sucesivo regular: mujeres que participan en la ronda de cribado inmediatamente anterior al periodo estudiado.

Autores

Lluís Cirera Suárez (coordinador), Pedro José Bernal González, Juan F. Correa Rodríguez, M.^a Dolores Chirlaque López, Carolina Gutiérrez Molina, M.^a Isabel Espín Ríos, Fernando Galvañ Olivares, Ana María García Fulgueiras, Visitación García Ortúzar, Rocío García Pina, M.^a Elisa Gómez Campoy, José Joaquín Gutiérrez García, M.^a José Herrera Díaz, José Antonio Navarro Alonso, Carmen Navarro Sánchez, Francisco Pérez Riquelme, Carmen Santiuste de Pablos, Francisca Sintas Lozano, M.^a José Tormo Díaz.

Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Región de Murcia.

10. Participación

Tabla 10. Participación. Informe SNS 2005

	Sí/no	Referencia legislativa	Observaciones
Garantías a los pacientes con necesidades especiales de información asociadas a la discapacidad	Sí	Normativa estatal art. 14 de la Ley 16/2003 de 28 de mayo, Desarrollo y Promoción de la coordinación Socio Sanitaria de la R.M.	
Figura o Institución de Defensa de los derechos de los pacientes	Sí	Secretaría Autonómica de Atención al Ciudadano, Ordenación Sanitaria y Drogodependencias.	Figura jurídico-administrativa (tipo) Observaciones
		Decreto n.º 105/2004, por el que se establecen los Órganos Básicos de la Consejería de Sanidad BORM 26 de octubre 2004	Órgano de Tutela de la Administración. Está vigente.
Subvenciones a asociaciones de pacientes (1) Crónicos	Sí	125.000,00 €	N.º de asociaciones subvencionadas en 2005 19
(2) Jornadas	Sí	13.6000,00 €	Referencia normativa convocatoria Orden de 23 de febrero del 2004 de la Consejería de Sanidad

Tabla 10. Participación. Informe SNS 2005 (continuación)

	Sí/no	Referencia legislativa	Observaciones
Libre elección de médico	Sí	Pretransferencial	Se aplica normativa estatal pretransferencial.
Segunda opinión	Sí	NO	En el año 2006, se tiene previsto que entre en vigor la nueva normativa.
Acceso a la Historia Clínica	Sí	NO	Elaboración guía.
Consentimiento Informado	Sí	NO	Elaboración guía.
Instrucciones Previas/ Últimas Voluntades	Sí	Decreto n.º 80/2005, de 8 de julio por el que se aprueba el reglamento de instrucciones previas y su registro	Se ha implantado el Registro.
Guía o Carta de Servicios	Sí	Normativa estatal Ley 41/2002 y Ley 16/2003	Elaboración de una guía de derechos en el ámbito sanitario de la CARM la normativa es del año 2006.
Información en el Sistema Nacional de Salud (información de carácter administrativo relativa a servicios y unidades asistenciales disponibles y a los requisitos de acceso a los mismos: libertad de elección de médico y centro, conocimiento de listas de espera, posibilidad de segunda opinión, etc.)	Sí	Decreto n.º 25/2006, sobre listas de espera y medidas necesarias tiempo máximo de acceso, BORM 8 de abril de 2006	
Garantías a los pacientes con necesidades especiales de información asociadas a la discapacidad	Sí	Orden 26 de julio de 2005 de la Consejería de Sanidad, sobre sugerencias y agradecimientos formuladas por los usuarios del servicios médicos, BORM 19/08/2005	

11. Equidad

No se aporta texto actualizado en este apartado

12. Descripción de dos experiencias innovadoras

Documento descriptivo sobre experiencias innovadoras en las áreas de prevención y promoción de la salud para informe anual 2005 del Sistema Nacional de Salud

Cita recomendada: Gutiérrez García, J.J., López Alegría, C., Pérez Riquelme, Fco., López Rojo, C.

Plan de Educación para la Salud en la Escuela de la Región de Murcia. Murcia. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, 2005.

12.1. Plan de Educación para la Salud en la Escuela

12.1.1. Justificación

Históricamente, la educación para la salud en la escuela en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia se ha trabajado conjuntamente entre las instituciones sanitarias y educativas. En 1991 se suscribió un Convenio de Colaboración, en materia de Educación para la Salud, entre la Dirección Provincial del Ministerio de Educación y Cultura y la Dirección General de Salud Pública que finalizó en julio de 1999, fecha de las transferencias a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en materia de Educación.

A raíz del traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en materia de enseñanza no universitaria, el mencionado Convenio dejó de ser necesario. Los buenos resultados obtenidos ocasionaron que los responsables sanitarios y educativos de entonces establecieran cauces para seguir coordinando y planificando actividades de educación para la salud en la escuela en la Región. Por este motivo, se estableció la «Orden Conjunta de las Consejerías de Sanidad y Consumo y de Educación y Universidades de 26 de mayo de 2000, para la coordinación de competencias relativas a la educación del consumidor y a la educación para la salud en centros docentes no universitarios», por la que se crea la Comisión de Coordinación en materia de Educación para la Salud. Desde el momento de creación de la Comisión hasta la actualidad se siguen trabajando y planificando actividades de coordinación, curriculares, formativas, de asesoramiento y subvenciones.

El Plan de Salud 2003-07 de la Región de Murcia establece la necesidad de elaborar un marco conjunto, estructurado, sistemático y continuado para la promoción de los esti-

los de vida saludables en el ámbito escolar, en la Atención Primaria y en el entorno comunitario. Para su elaboración plantea que han de seguirse tres estrategias de actuación:

- Estrategia curricular, que pretende impulsar y potenciar el desarrollo transversal de los contenidos de educación para la salud en los centros docentes.
- Estrategia interdisciplinar, para que la colaboración y actuación conjunta de los profesionales de la enseñanza con los profesionales de la salud contribuya de manera decisiva a crear escuelas promotoras de salud.
- Estrategia formativa, actuando sobre la formación pregrado y postgrado de los profesionales docentes y sanitarios y en la formación de las familias.

Con esta base se ha elaborado el Plan de Educación para la Salud en la Escuela que asume la definición de educación para la salud como un **proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza aprendizaje**, orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo. Pretende **modificar los conocimientos, actitudes y comportamientos de los componentes de la comunidad educativa**, aportando los aspectos positivos de la salud y sobre la base de la legislación educativa vigente, que establece que los centros escolares no universitarios han de dar una formación integral al alumnado.

Para ello, concreta las tres estrategias mencionadas en cinco grandes objetivos generales relacionados con: Impulsar los contenidos de salud en todas las actividades de los centros docentes no universitarios, elaborar los recursos pedagógicos necesarios para llevar a cabo las intervenciones, establecer las medidas de organización y funcionamiento de los centros que faciliten el desarrollo de la EpS, instaurar las actividades formativas necesarias y establecer líneas de investigación que apoyen y faciliten el desarrollo de la EpS en la escuela.

Para conseguir los mencionados objetivos están diseñadas actividades desde junio del 2005 hasta junio del 2010, así como los indicadores de evaluación de cada una de ellas. Están previstas evaluaciones intermedias al finalizar cada uno de los cursos escolares durante el periodo de vigencia del Plan y una evaluación final, relacionada con los objetivos generales, y otra del impacto que el mismo genere sobre diversos aspectos, como la salud de los escolares.

12.1.2. Población diana

El sector de intervención de este Plan es el alumnado de las etapas de Educación Infantil, Primaria y Secundaria Obligatoria, sin olvidar al profesorado, las familias y resto de la comunidad educativa de cada uno de los centros docentes no universitarios de la Región de Murcia.

12.1.3. Características principales de su desarrollo

El desarrollo del Plan de Educación para la Salud en la Escuela está basado en el impulso de las tres estrategias de intervención propuestas: la curricular, la participativa y la formativa, que se han concretado en objetivos y actividades, cuya realización conforman el trabajo que se ha de realizar.

Para el desarrollo de la estrategia curricular es necesario facilitar la implantación del Plan en cada una de las comunidades educativas mediante la aportación de los re-

cursos y materiales, el apoyo y el asesoramiento y las medidas de organización que les faciliten la puesta en marcha del Plan en los centros y la constitución de éstos como escuelas promotoras de salud. Para ello se realizará la catalogación y elaboración de materiales didácticos, la puesta en marcha del Centro de Recursos y de una página web, la apertura de cauces de comunicación fluidos entre las diferentes estructuras de referencia que intervienen, el nombramiento de un responsable con funciones específicas y atribución horaria en cada centro escolar, la elaboración de documentos que faciliten la labor del profesorado en la inclusión curricular, explícita e implícita, de la educación para la salud, etc.

La estrategia participativa está basada en la cooperación de cada una y todas las estructuras que intervienen en el desarrollo de la educación para la salud en la escuela en el ámbito central (servicios centrales de las Consejerías), intermedio (Gerencias de Atención Primaria y Centros de Profesores y Recursos) y local (centros docentes, centros de salud y municipios). Gracias a la colaboración y actuación conjunta de los profesionales de la enseñanza con los profesionales de la salud y con los técnicos de las entidades locales se contribuirá de manera decisiva a crear escuelas promotoras de salud, en las que la prevención y promoción de la salud sean ejes de actuación preferente.

En el ámbito central, la coordinación entre las Consejerías de Sanidad y Educación y Cultura permite implantar medidas de organización o modificar las existentes, creación de estructuras que faciliten el desarrollo de la EpS en la escuela, establecer las funciones de los órganos de la estructura sanitaria y educativa, propiciar la revisión de la Cartera de Servicios de Atención Primaria en la Región de Murcia para su adaptación a las propuestas del Plan Regional de Educación para la Salud en la Escuela con el fin de desarrollar el Servicio y las normas técnicas correspondientes, promulgar normativa al respecto, etc.

En el ámbito intermedio, la coordinación entre Gerencias de Atención Primaria y Centros de Profesores y Recursos con las funciones de constituir punto de referencia para contacto con los agentes implicados en la EpS en la escuela, para la formación, investigación, canalización de la información y distribución de recursos.

En el ámbito local, la promoción y educación para la salud ha de ser competencia esencial de los profesionales docentes, mientras que los técnicos de las entidades locales y todos los profesionales que forman parte del equipo de Atención Primaria apoyarán y ayudarán a aquellos, especialmente en la labor con las familias. Será necesario establecer medidas organizativas que faciliten el desarrollo de las labores que les son propias a cada uno de los profesionales, sin que les suponga más trabajo del que ya tienen y sin que ningún profesional ocupe en el aula el papel del personal docente. En este ámbito lo importante es crear una estructura de participación social entre todos los implicados que ofrezca información y potencie los recursos necesarios para el mantenimiento o el aprendizaje de conductas saludables de los niños y familias y para el mantenimiento de una postura coherente en el municipio con los programas que se desarrollan en la escuela.

Por último, la estrategia formativa actúa sobre la formación pregrado y postgrado de los profesionales docentes y sanitarios, introduciendo contenidos de promoción de salud en la formación inicial universitaria y en los cursos de formación continuada que se ofertan a los profesionales. Para ello, se han de analizar y delimitar las competencias y responsabilidades de los diferentes organismos encargados de la formación de los profe-

sionales y abrir los cauces necesarios para la homologación de certificados, estudiar las necesidades de formación de los profesionales y los mecanismos de monitorización de dichas necesidades y establecer mecanismos coordinados para la detección de necesidades formativas de los profesionales, proponer a los responsables universitarios modificaciones en el currículo de algunas titulaciones para incluir la educación para la salud como asignatura troncal u optativa, elaboración de los criterios que han de reunir las actividades formativas, realización de actividades formativas, especialmente de formación especializada, que será básica para la consolidación del Plan, etc. Esta estrategia también incide en la formación de las familias mediante la puesta en marcha y el desarrollo de Escuelas de Padres.

El Plan también contempla actividades de investigación que faciliten la toma de decisiones futuras y muestren sus repercusiones en la salud y en las actitudes de las comunidades educativas de la Región de Murcia.

12.1.4. Aspectos destacables de su implantación o aplicación

La implantación del Plan de Educación para la Salud en la Escuela se está llevando a cabo a lo largo de los meses, entre otras actuaciones, mediante actividades de Promoción del mismo ante los diversos profesionales y entidades que intervienen en su desarrollo. Estas reuniones se han caracterizado por la buena acogida del Plan entre los profesionales a los que se les ha presentado, que mantienen una opinión unánime sobre la necesidad de cooperación y trabajo coordinado en la promoción de los estilos de vida saludables en el alumnado:

- Presentación ante directores de centros educativos, reunidos por ámbitos de los Centros de Profesores y Recursos.
- Presentación del Plan a Concejales y Técnicos municipales, demandando su colaboración y coordinación en este tema.
- Próxima presentación ante Equipos de Atención Primaria.

Puesto que el Plan constituye el marco de referencia que sirve de apoyo a los centros docentes y favorece que pasen a ser escuelas promotoras de salud, se han llevado a cabo las siguientes actividades relacionadas con la estrategia curricular:

- Estrategias para la puesta en marcha del Centro de Recursos.
- Elaboración del documento «Intervenciones de Educación para la Salud en la Escuela», para cada una de las etapas educativas, mediante la constitución de tres grupos de trabajo entre docentes y sanitarios.
- Promulgación de Orden Conjunta entre las Consejerías de Sanidad y Educación y Cultura para regular las ofertas que se realicen desde instituciones ajenas a ambas.
- Elaboración de materiales educativos para la prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual para alumnado de Educación Secundaria Obligatoria.
- Elaboración del catálogo de recursos de educación para la salud, de los criterios de elaboración, distribución y evaluación de los materiales y del diseño de una página web.

Con la estrategia participativa:

- Revisión de la cartera de servicios de Atención Primaria y adaptación el servicio de educación para la salud en la escuela a las indicaciones del Plan.
- Modificación de la Orden Conjunta de Coordinación en materia de Educación para la Salud en los centros docentes no universitarios.
- Puesta en marcha, dentro de la Comisión de Coordinación, de un Comité Técnico para la dirección, desarrollo y seguimiento del Plan de Educación para la Salud en la Escuela.
- Elección de responsables de educación para la salud en las cuatro Gerencias de Atención Primaria existentes en la Región y en los 9 Centros de Profesores y Recursos.
- Definición de las funciones de cada uno de los órganos y componentes de la estructura escolar y sanitaria relativas al desarrollo de la educación para la salud en la escuela.

Con la estrategia formativa:

- Establecimiento de acuerdos entre ambas Consejerías, y entre éstas y la Escuela de la Función Pública, para la acreditación y certificación de las actividades formativas de educación para la salud que se realicen.
- Elaboración de los criterios que ha de reunir la formación de los profesionales y estudio de las necesidades de formación de los mismos.
- Diseño de un curso de formación especializada en educación para la salud.

Con la investigación:

- Realización del estudio sobre «Análisis del desarrollo de la educación para la salud en la escuela en la Región de Murcia y evaluación de la metodología educativa».
- Monitorización de las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares.

12.1.5. Metodología seguida para su seguimiento y evaluación.

Indicadores desarrollados y/o utilizados

El seguimiento y evaluación del Plan es una de las funciones atribuidas a la Comisión de Coordinación y al Comité Técnico. Este Comité se reúne con una periodicidad mayor que la Comisión y ha sido el encargado de diseñar las reuniones mantenidas con las estructuras de referencia, establecer estrategias y llevarlas a cabo.

El Plan recoge 4 evaluaciones intermedias, relacionadas con los objetivos específicos y temporalizadas de acuerdo a la finalización de los cursos escolares, para las que tiene diseñados los indicadores de evaluación. La primera de dichas evaluaciones ha de realizarse en junio de 2006 y los indicadores recogidos aparecen en la tabla siguiente.

Objetivo Específico	Indicador de evaluación
Definir los objetivos y contenidos de salud, así como la metodología y evaluación de las intervenciones educativas en Educación Infantil, Primaria y Secundaria.	Se han elaborado los documentos «Intervenciones de Educación para la Salud en Educación Infantil y Primaria» e «Intervenciones de Educación para la Salud en Educación Secundaria Obligatoria» SI/NO
Poner en marcha un Centro de Recursos de Promoción y Educación para la Salud.	Se ha puesto en marcha el Centro de Recursos y sus protocolos de comunicación. SI.../...NO
Definir los criterios para la elaboración, distribución, utilización y evaluación de los materiales de promoción y educación para la salud.	Existe un catálogo de los recursos. SI.../...NO Se han propuesto criterios de elaboración, distribución y evaluación de los materiales. SI.../...NO
Ofrecer una página electrónica regional de promoción y educación para la salud a través de internet.	Se ha puesto en marcha la página web de promoción y EpS. SI.../...NO
Facilitar el establecimiento de las medidas de organización de los centros docentes y equipos de atención primaria que favorezcan el desarrollo de la EpS.	Se han definido y consensuado las funciones de los diferentes órganos y componentes de la estructura escolar y sanitaria relativas al desarrollo de la EpS en la escuela. SI.../...NO Se ha incluido en la Cartera de Servicios de Atención Primaria, al menos, un servicio de educación para la salud en la escuela con las características propuestas en el plan. SI.../...NO
Instaurar las estructuras de referencia para el asesoramiento y apoyo a la EpS.	Se han elaborado protocolos de actuación conjunta entre los distintos niveles de referencia. SI.../...NO Proporción de CPR y Gerencias de Atención Primaria y de Área que tiene un referente de EpS. Estándar 100%. Se ha realizado la propuesta a los ayuntamientos para la elección de un referente de EpS en la escuela. SI.../...NO
Establecer, las medidas de coordinación interinstitucional en el ámbito central, intermedio y local que favorezca el desarrollo del Plan.	Se ha promulgado una Orden de coordinación interinstitucional que modifica la existente entre las Consejerías de Sanidad y la Consejería de Educación y Cultura de 26 de mayo de 2000. SI.../...NO
Regular las pautas de coordinación que permitan la cooperación en el desarrollo de actividades extraescolares u otras ofertas a los centros educativos.	Se han promulgado los criterios que han de cumplir las propuestas de intervención en educación para la salud ofertadas a los centros docentes. SI.../...NO
Instaurar la formación postgrado o especializada de los profesionales de la educación y la salud.	Se han establecido los criterios de la formación especializada en EpS. SI.../...NO
Establecer la formación continuada de los profesionales de la educación y de la salud.	Se han analizado las necesidades de formación de profesionales docentes y sanitarios. SI.../...NO Se han establecido acuerdos entre Consejería de Sanidad y Consejería de Educación y Cultura para la acreditación y certificación de las actividades de promoción y EpS. SI.../...NO
Investigar los patrones de las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares de la Región de Murcia.	Se ha aplicado un cuestionario para valorar las conductas y factores relacionados con la salud de los escolares. SI.../...NO
Conocer la metodología e instrumentos pedagógicos utilizados para la EpS en la escuela.	Se ha investigado la metodología educativa utilizada para la EpS en centros docentes. SI.../...NO
Analizar los factores sociales y culturales de los docentes, sanitarios, familias y otros agentes que influyen en el desarrollo de la EpS	Se han analizado los constructos de los profesionales de la enseñanza con respecto a la EpS en la escuela. SI.../...NO

12.1.6. Resultados más destacables con especial referencia a las repercusiones en la salud y calidad de vida de los/las ciudadanas/os

En el momento de desarrollo actual del Plan de Educación para la Salud en la Escuela es difícil cuantificar las repercusiones en salud para los ciudadanos. Sí es cierto que, de la valoración realizada por el Comité Técnico ante la Comisión de Coordinación se concluye que la actitud encontrada en durante la promoción del Plan es de aceptación del cambio, de colaboración para su puesta en marcha y de absoluta cooperación para optimizar los recursos de esta Región destinados a la educación para la salud.

En el diseño de este Plan se han establecido indicadores de evaluación sobre el impacto que el mismo tendrá en la salud de los habitantes de esta Región, tanto en las conductas de salud y morbi-mortalidad de los escolares como en las actitudes y participación de los profesionales en el desarrollo de escuelas promotoras de salud. Consideramos que este será el momento de la evaluación de sus repercusiones de salud para los ciudadanos.

