



Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación, Investigación,
Farmacia y Atención al Ciudadano



EVALUACIÓN PLAN DE SALUD 2010-2015

Informe final de evaluación.

Enfermedades relevantes



7 de abril de 2017



Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación, Investigación,
Farmacia y Atención al Ciudadano

**PLAN
SALUD
2015**
—+×♥



Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación, Investigación,
Farmacia y Atención al Ciudadano



EDITA:

Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano. Consejería de Sanidad. Región de Murcia.

CITA RECOMENDADA: Evaluación del Plan de Salud 2010-2015. Informe final de evaluación. Enfermedades relevantes. Murcia: Consejería de Sanidad; 2017.

Puede acceder a información relacionada en <http://www.murciasalud.es/plandesalud>

© Se permite la reproducción parcial o total, siempre que se indique la fuente.

Antes de imprimir este documento, piense si es necesario.

Agradecimientos: A todas las instituciones que han facilitado la información necesaria para realizar el seguimiento y la evaluación del Plan de Salud. A los profesionales de la región relacionados con la implantación del Plan de Salud que, al realizar su labor, han permitido la obtención de la información necesaria para la elaboración de este informe.



Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación, Investigación,
Farmacia y Atención al Ciudadano

**PLAN
SALUD
2015**
—+×♥



ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. EVALUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES RELEVANTES.....	3
3. ANEXO. RESULTADOS DETALLADOS. “ENFERMEDADES RELEVANTES” ...	27



Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación, Investigación,
Farmacia y Atención al Ciudadano





1. INTRODUCCIÓN

El Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015 (PS2015) se ha elaborado con el propósito de mejorar la salud de la población reduciendo las desigualdades y fortaleciendo el Sistema Sanitario. Para ello se han establecido objetivos y estrategias de intervención, priorizados en niveles según su relevancia: NIVEL 1. Objetivos para incrementar nivel de salud de la población, NIVEL 2. Objetivos relacionados con los condicionantes del nivel de salud de la población (determinantes de la salud y enfermedades relevantes) y NIVEL 3. Estrategias de intervención, que incluyen actividades principales (que favorecen la consecución de los objetivos) e indicadores de seguimiento que valoran el grado de ejecución de dichas actuaciones.

Globalmente el PS2015 consta de 13 objetivos del nivel de salud, 131 objetivos sobre los determinantes y problemas de salud, 165 actividades principales y 130 indicadores de seguimiento repartidos en 4 áreas de intervención y 2 abordajes transversales (tabla 1).

TABLA 1. EVALUACIÓN PS2015. OBJETIVOS, ACTIVIDADES PRINCIPALES E INDICADORES DE SEGUIMIENTO.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN Y ABORDAJES TRANSVERSALES	Objetivos (Nivel 1 y 2)		Estrategias (Nivel 3)		Total
	Nivel de salud	Determinantes y problemas de salud	Actividades principales	Indicadores seguimiento	
Nivel de salud	13	-	-	-	13
Estilos de vida	-	42	39	27	108
Entorno	-	12	13	10	35
Protección colectiva	-	19	14	7	40
Enfermedades relevantes	-	36	51	51	138
Desigualdades en salud	-	7	15	8	30
Sistema sanitario	-	15	33	27	75
Total	13	131	165	130	439



La evaluación y el seguimiento del PS2015 se realizan mediante la recogida de información cuantitativa (objetivos e indicadores de seguimiento) y cualitativa (actividades principales) de las medidas seleccionadas y su comparación con los estándares propuestos. Se han establecido rangos de cumplimiento de cada una de las medidas según las escalas de valoración establecidas (alcanzado, parcialmente alcanzado, no alcanzado y no evaluable)¹. Para facilitar la comparabilidad con evaluaciones previas, se ha considerado que cumplen globalmente con lo establecido en el PS2015 aquellas medidas que han conseguido las metas esperadas o las que se encuentran cercanas a ellas (% alcanzado + % parcialmente alcanzado), especificando de manera separada las que alcanzan los estándares.

Se mantiene la orientación de informes previos, habiéndose realizado un análisis pormenorizado de los objetivos (Informe final de Evaluación de Objetivos) y un análisis conjunto de objetivos e intervenciones que pretenden facilitar su consecución (Informe final de Evaluación Integral). Adicionalmente, se han realizado Informes finales de Evaluación de manera separada para cada área de intervención y abordaje transversal, en los cuales se valoran en detalle las medidas del plan de salud contemplada en cada uno de estos apartados.

Con este informe de evaluación se trata de extraer conclusiones que puedan ser de utilidad para futuros planes y programas de salud, para dar coherencia y continuidad a las líneas en las que se viene trabajando en la región, o para sugerir otras líneas nuevas de actuación que emergen debido a la evolución de los marcos de referencia o a la detección de nuevas necesidades por la población y los propios profesionales en el desarrollo de su labor.

¹ Los detalles sobre la metodología utilizada puede consultarse en el **Informe de Evaluación Integral**, accesible en: www.murciasalud.es/plandesalud .



2. EVALUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES RELEVANTES

A continuación se proporciona la evaluación de los objetivos y las estrategias de intervención del área “enfermedades relevantes”. Se presenta en primer lugar una valoración conjunta del total de medidas para obtener el grado de alcance global del plan en esta área (tabla 2), diferenciando después entre el cumplimiento de los objetivos y las estrategias de intervención (tabla 3 y 4). Posteriormente se realiza un análisis de los principales logros y áreas de mejora para los principales grupos de medidas contemplados en esta área. Se ha utilizado el mismo sistema de numeración de las medidas que el publicado en el PS2015 para facilitar su identificación y seguimiento. Los resultados pormenorizados de las medidas se encuentran disponibles en el anexo.

Esta área de intervención es la que contiene el mayor número de medidas (138) de las contempladas en el PS2015, siendo la de mayor peso en la evaluación conjunta del plan (31% del total). El 85,5% (118) de ellas han podido evaluarse. El nivel de cumplimiento global es del 66,7% (44,2% de las medidas alcanzadas y el 22,5% parcialmente alcanzadas), lo que la sitúa en la mediana, tanto en el grado de cumplimiento global como de incumplimiento de medidas (18,8%).

TABLA 2. EVALUACIÓN PS2015. VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL CONJUNTO DE MEDIDAS. ÁREA “ENFERMEDADES RELEVANTES”.

ENFERMEDADES RELEVANTES		Alcanzado	Parcialmente alcanzado	No alcanzado	No evaluable	Total
Objetivos (O)	N	23	3	1	9	36
	%	63,9%	8,3%	2,8%	25,0%	100%
Actividades principales (AP)	N	22	18	11	0	51
	%	43,1%	35,3%	21,6%	0,0%	100%
Indicadores de seguimiento (IS)	N	16	10	14	11	51
	%	31,4%	19,6%	27,5%	21,6%	100%
Total	N	61	31	26	20	138
	%	44,2%	22,5%	18,8%	14,5%	100%



Las 138 medidas de esta área se distribuyen en diez grupos de enfermedades cuyo abordaje ha sido contemplado en el PS2015 por su impacto en la mortalidad y la calidad de vida de la población afectada por ellas. En las tablas 3 y 4 se muestra el grado de cumplimiento de las medidas relacionadas con los objetivos y con las estrategias de intervención, desglosadas según el grupo de enfermedades al que pertenecen. Se aporta alguna información adicional sobre la evolución de los indicadores de seguimiento por ser esta área la de mayor peso específico en el PS2015.

TABLA 3. EVALUACIÓN PS2015. VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS*. ÁREA “ENFERMEDADES RELEVANTES”.

OBJETIVOS (O)		Alcanzado	Parcialmente alcanzado	No alcanzado	No evaluable	Total
Cáncer	N	3	0	0	9	12
	%	25%	0%	0%	75%	100%
Enfermedades cardiovasculares	N	7	2	0	0	9
	%	77,8%	22,2%	0%	0%	100%
Salud Mental	N	1	1	1	0	3
	%	33,3%	33,3%	33,3%	0%	100%
Diabetes mellitus	N	3	0	0	0	3
	%	100%	0%	0%	0%	100%
Enfermedad respiratoria crónica	N	3	0	0	0	3
	%	100%	0%	0%	0%	100%
Enfermedades infecciosas**	N	3	0	0	0	3
	%	100,%	0,0%	0%	0%	100%
Enfermedad crónica del hígado	N	3	0	0	0	3
	%	100%	0%	0%	0%	100%
Total	N	23	3	1	9	36
	%	63,9%	8,3%	2,8%	25,0%	100%

*Para los grupos de “demencias”, “enfermedades raras” y “dolor músculo-esquelético” no se contemplan objetivos, sólo estrategias de intervención (véase tabla 4). **Los objetivos para enfermedades infecciosas hacen alusión a la reducción de la mortalidad por gripe y neumonía (véase anexo)

Se seleccionaron 36 objetivos de nivel 2 de relevancia para las enfermedades relevantes (tabla 3), de los cuales se ha podido evaluar el 75% (27), porcentaje menor que en otras áreas del plan. De la información recogida, se consideran total o parcialmente alcanzados el 72,2% de los objetivos (63,9% totalmente alcanzados, y el 8,3% parcialmente alcanzados, tabla 3).



Se consideran alcanzados el 100% de los objetivos de diabetes mellitus, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades infecciosas y enfermedad crónica del hígado y el 77,8% para las enfermedades cardiovasculares. Un 33,3% de los objetivos relacionados con la salud mental se consideran alcanzados y un 25% de los relacionados con el cáncer (en este caso no se dispone de información actualizada para la evaluación en el 75% de los objetivos).

TABLA 4. EVALUACIÓN PS2015. VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN. ÁREA “ENFERMEDADES RELEVANTES”.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN (AP+IS)		Alcanzado	Parcialmente alcanzado	No alcanzado	No evaluable	Total
Cáncer	N	3	5	3	3	14
	%	21,4%	35,7%	21,4%	21,4%	100%
Enfermedades cardiovasculares	N	7	3	1	1	12
	%	58,3%	25,0%	8,3%	8,3%	100%
Salud Mental	N	9	3	3	1	16
	%	56,3%	18,8%	18,8%	6,3%	100%
Demencias*	N	1	1	5	0	7
	%	14,3%	14,3%	71,4%	0%	100%
Diabetes mellitus	N	2	6	2	0	10
	%	20,0%	60,0%	20,0%	0%	100%
Enfermedad respiratoria crónica	N	4	2	2	0	8
	%	50,0%	25,0%	25,0%	0%	100%
Enfermedades infecciosas**	N	7	4	4	4	19
	%	36,8%	21,1%	21,1%	21,1%	100%
Enfermedades raras	N	3	3	2	0	8
	%	37,5%	37,5%	25,0%	0%	100%
Dolor crónico enf. músculo esqueléticas	N	2	1	3	2	8
	%	25,0%	12,5%	37,5%	25%	100%
Total	N	38	28	25	11	102
	%	37,3%	27,5%	24,5%	10,8%	100%

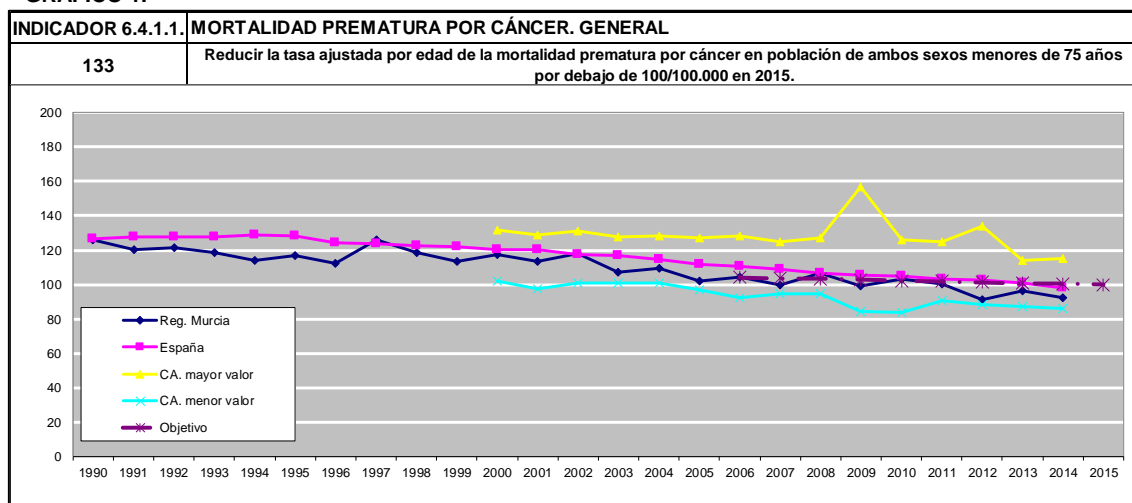
*Como en informes previos, las estrategias de intervención del grupo de demencias se han considerado manera separada a las actividades relacionadas con la salud mental. **Las estrategias de intervención para las enfermedades infecciosas hacen alusión a la infección por el VIH, tuberculosis y hepatitis B y C (véase anexo).

El grado de cumplimiento global de las estrategias de intervención (actividades principales e indicadores de seguimiento) para las enfermedades relevantes ha sido del 64,7% (37,3% alcanzadas y 27,5% parcialmente alcanzadas), con variaciones dependiendo de la enfermedad considerada (tabla 4). El grupo de medidas de intervención en el que mayor avance se ha producido es el de enfermedades

cardiovasculares (83% cumplen globalmente y 58,3% alcanzan las metas propuestas), seguido del grupo de salud mental (75% de cumplimiento global, 56,3% alcanzan las metas). Los mayores niveles de incumplimiento se registran en las intervenciones relacionadas con las demencias y con el dolor musculoesquelético (71,4% y 37,5% respectivamente). Se comentan a continuación algunos aspectos específicos para cada grupo de enfermedades:

Para el **cáncer**, la tendencia de la mortalidad prematura ajustada por edad en la Región de Murcia ha sido descendente (10% de reducción entre 2010 y 2014), manteniéndose ligeramente por debajo de la media nacional (gráfico 1), con tasas observadas en 2014 inferiores al estándar fijado en los tres indicadores seleccionados (25% del total de objetivos alcanzados).

GRÁFICO 1.



No han podido evaluarse los 9 objetivos relacionados con la reducción de la incidencia de los principales tipos de cáncer por no disponer de información actualizada (75% restante de los objetivos, tabla 3). Los últimos datos publicados² indicaban que la incidencia en el periodo 2008-2009 para el cáncer de próstata y de mama se había incrementado respecto a años previos. El cáncer de pulmón presentaba distinto comportamiento según el sexo (en mujeres aumentó un 8%, mientras que en hombres se mantenía constante), y el cáncer de colon-recto presentaba tasas elevadas, aunque estables en este periodo.

² Chirlaque MD, Tortosa J, Valera I, Párraga E, Salmerón D, Navarro C. Incidencia de cáncer en la Región de Murcia. Periodo 2008-2009. Boletín Epidemiológico de la Región de Murcia 2014; 34 (782): 103-107.



En el informe final de evaluación del área de estilos de vida se contemplan actividades y objetivos relacionados con la promoción de la salud y la prevención del cáncer. En de dicho informe y en los indicadores 6.4.2.1 del anexo se observa que los programas de cribado poblacionales no terminan de alcanzar los estándares fijados, siendo especialmente importante mejorar el cribado de cáncer colorrectal. No se ha valorado en el periodo la puesta en marcha de un programa sistemático de base poblacional para la detección precoz del cáncer de cuello de útero.

Estimaciones recientes realizadas para el conjunto de España³ indican que en los últimos años, en hombres se ha producido una disminución de los cánceres relacionados con el tabaco y un aumento de otros tipos de cáncer como los del colon y recto, y la próstata. En las mujeres, se registra cierta estabilización de la tendencia de la incidencia del cáncer de mama, y un aumento de la incidencia de los cánceres colorrectales y los relacionados con el consumo de tabaco. Se concluye en este estudio que para reducir la incidencia de cáncer, en España en los próximos años las dos prioridades en prevención deben ser la mejora de las políticas de control del tabaquismo y la extensión de la detección precoz del cáncer colorrectal, lo que podría extrapolarse a nuestro entorno a la vista de los resultados de la evaluación del PS2015.

Otras iniciativas contempladas en el PS2015 dirigidas a crear estructuras para coordinar y sistematizar la evaluación y seguimiento del cáncer en personas con alto riesgo de padecerlo, así como la asistencia a los pacientes con cáncer (indicadores 6.4.2.1 del anexo), en su mayor parte se han iniciado, habiéndose implantado en determinadas áreas de salud, y para determinados tipos de cáncer. No se ha puesto en marcha un sistema de información y registro vinculado al Registro Poblacional del Cáncer, sistema que habría permitido obtener los indicadores de tiempo de diagnóstico ante sospecha y tiempo de tratamiento tras confirmación diagnóstica.

Para mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, se contemplaba la instauración de cuidados paliativos y apoyo psicosocial adecuados. Esta actividad ha sido valorada con un nivel de alcance superior al esperado, habiéndose incrementado la fracción de personas fallecidas por cáncer que habían recibido cuidados paliativos (tabla 5).

³ Galcerán J, Ameijide A, Carulla M, Mateos A, Quirós JR, Rojas D, Alemán A, Torrella A et al; REDECAN Working Group. Cancer incidence in Spain, 2015. Clinical and Translational Oncology. 2017 Jan 16.



TABLA 5. VALORACIÓN DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO. ENFERMEDADES
RELEVANTES: CÁNCER. PERIODO 2010-2015.

INDICADOR DE SEGUIMIENTO	2011		2013		2015		Cumpli- miento
	E	O	E	O	E	O	
% de casos de cáncer evaluados en el seno de un comité de tumores.	25	30,7	40	46,6	50	ND	Alcanzado
Tiempo confirmación diagnóstica en programas de cribado (días).	15	30	15	30	15	25	No alcanzado
% de pacientes fallecidos por cáncer que han recibido cuidados paliativos.	25	38,8	40	74,8	60	68	Alcanzado

E: Valor esperado. O: Valor observado. ND: Dato no disponible.

En relación con las **enfermedades cardiovasculares**, la tasa ajustada por edad de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón ha descendido progresivamente en hombres y en mujeres (15% de reducción entre 2010 y 2014 para ambos sexos), situándose en cifras similares a las estatales y por debajo del estándar fijado (gráfico 2, e indicadores 6.4.1.6 del anexo).

En cambio, la hospitalización por infarto agudo de miocardio (IAM) en el conjunto de la población se ha reducido menos de lo esperado entre los años 2010 y 2014 (tasa 102,4/100.000 hab. en 2014, alcance parcial). Se han alcanzado los valores esperados en mujeres prácticamente en todos los años. Sin embargo, en hombres la tasa ha sido superior a la media estatal y al estándar marcado (mediana 165,4 hospitalizaciones/100.000 hab.), siendo Murcia la CA con mayor valor en los años 2012 al 2014 (gráficos 3 y 4).

Cabe destacar que tanto en hombres como en mujeres en el año 2013 se registró la máxima tasa de hospitalización por esta causa. Análisis más depurados realizados en la región de la tasa de hospitalización que se aproximan mejor a la incidencia de IAM (selección de pacientes no ingresados anteriormente y eliminación de las derivaciones entre centros) confirma también un repunte del año 2013⁴.

⁴ Atención a la Cardiopatía Isquémica. Resultados regionales a partir del CMBD. 2002-2014. Informes sobre el Sistema Regional de Salud 1529. Murcia: Consejería Sanidad y Política Social; 2015

GRÁFICO 2.

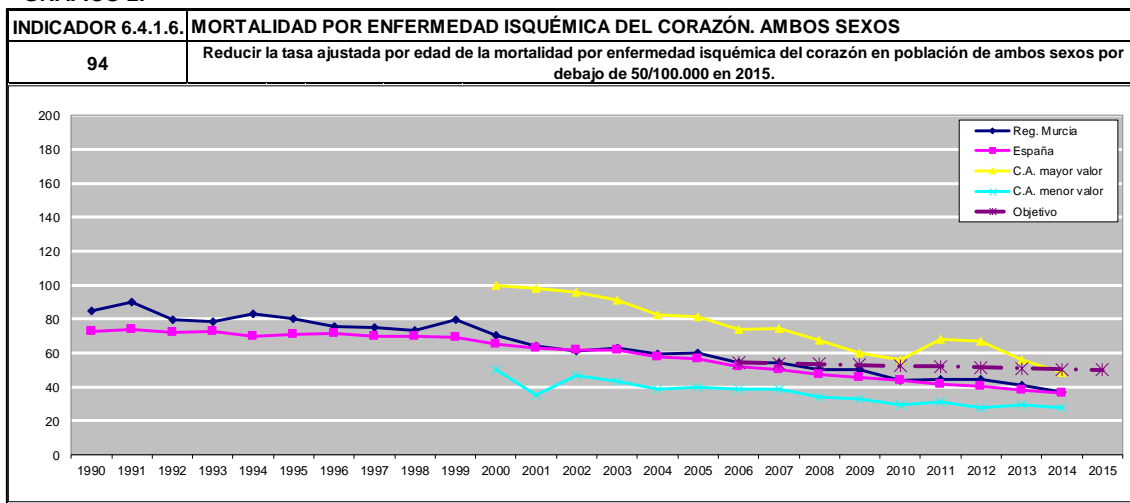


GRÁFICO 3.

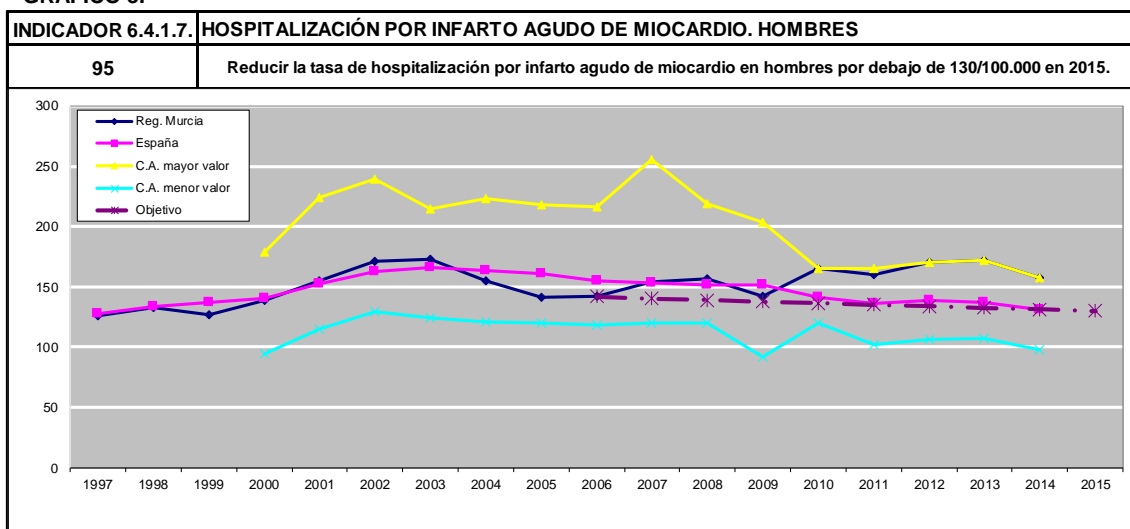
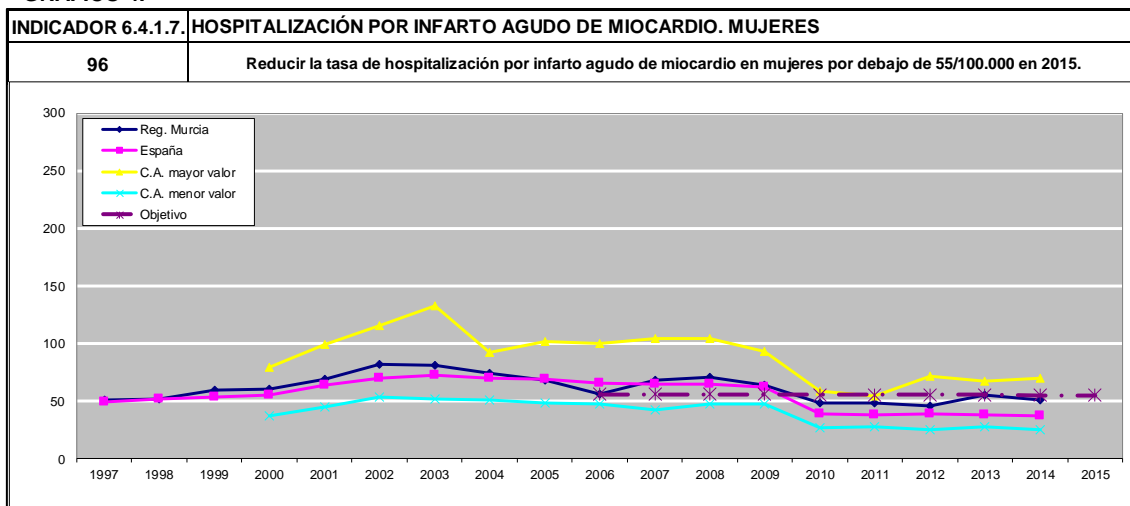


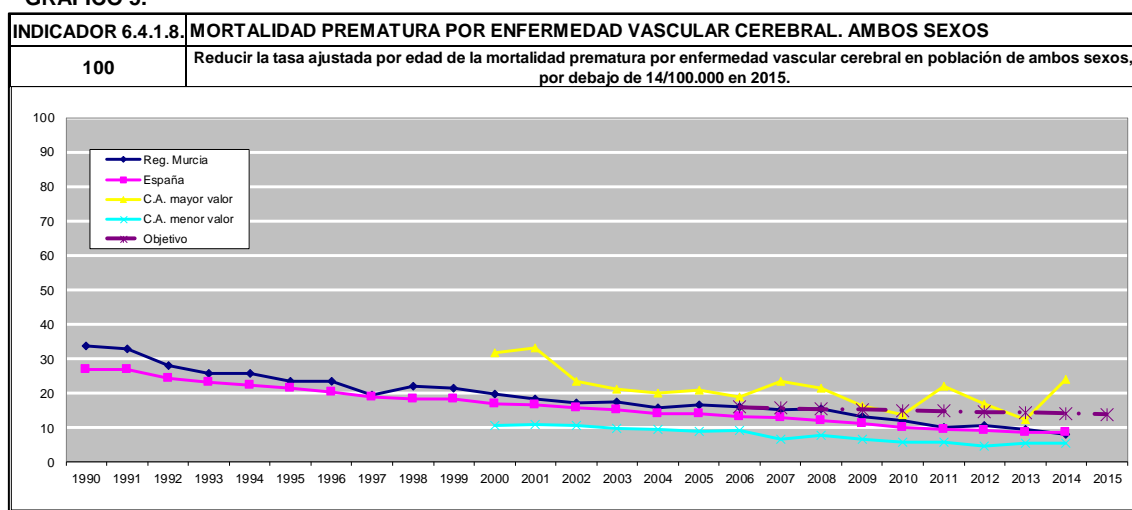
GRÁFICO 4.





En relación a la mortalidad prematura por enfermedad cerebro-vascular, en la Región de Murcia la tasa es menor que en el caso de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, y ha registrado un descenso del 32% entre 2010 y 2014 (gráfico 5), con una tendencia algo más pronunciada en hombres (indicadores 6.4.1.8 del anexo), considerándose como alcanzado este objetivo.

GRÁFICO 5.



De las actividades previstas en el PS2015 relacionadas con las enfermedades cardiovasculares (indicadores 6.4.2.2 del anexo) destacan las siguientes:

- La integración paulatina de la valoración del riesgo cardiovascular en la historia clínica electrónica de atención primaria (OMI-AP), aunque el porcentaje de hipertensos adecuadamente controlados no ha alcanzado los estándares (tabla 6).
- La puesta en marcha del protocolo de actuación integral en la asistencia urgente a pacientes con patología vascular cerebral aguda (“Código ictus”), que completó su implantación regional en 2011, considerándose alcanzadas todas las medidas de actuación relacionadas, y observándose una evolución favorable de la reducción de la mortalidad prematura.
- También se ha puesto en marcha un protocolo de atención urgente a la cardiopatía isquémica aguda (2010), si bien no se dispone de información sobre su implantación en hospitales. En los centros de salud consta un elevado grado de difusión (100% en 2015), pero existen dificultades para cuantificar la adherencia al mismo a lo largo de los años (tabla 6). En este sentido, queda pendiente establecer un sistema de monitorización de la calidad del manejo de la cardiopatía isquémica, que cumpla con los requisitos previstos en el PS2015.



Igualmente hay margen de mejora en la asistencia integral y coordinada a las personas con enfermedad cardiovascular crónica, incluyendo la valoración de la discapacidad y medidas para su rehabilitación.

TABLA 6. VALORACIÓN DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO. ENFERMEDADES RELEVANTES: ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES. PERIODO 2010-2015.

INDICADOR DE SEGUIMIENTO	2011		2013		2015		Consecución
	E	O	E	O	E	O	
% de personas >40 años con evaluación del riesgo vascular (OMI)	55	62	60	30,6	65	68,7	Alcanzado
% pacientes con hipertensión arterial controlada en atención primaria	50	26	55	25,6	60	22,9	No alcanzado
% de centros de salud con protocolo de ictus implantado	50	100	100	100	100	100	Alcanzado
% de hospitales con protocolo de ictus implantado	50	100	100	100	100	100	Alcanzado
% de centros de salud con protocolo de cardiopatía isquémica implantado	50	ND	100	ND	100	100	Alcanzado
% de centros de hospitales con protocolo de cardiopatía isquémica implantado	50	ND	100	ND	100	ND	No evaluable

E: Valor esperado. O: Valor observado. ND: No Disponible

En relación a la **salud mental**, el PS2015 contempla como objetivo reducir la tasa de mortalidad por suicidio, que en nuestro entorno es baja. Sin embargo, se considera que éstas son muertes teóricamente evitables que generan una pérdida de años potenciales de vida.

El grado de alcance de las medidas de este objetivo ha sido variable (tabla 3): en hombres la tasa ha descendido ligeramente a partir de 2011, al contrario del conjunto de estatal, y los valores se sitúan por debajo del estándar de 10 fallecimientos por suicidio/100.000 habitantes (gráfico 6). En mujeres, la mediana de la tasa en el periodo evaluado está cercana al estándar de 3 fallecimientos/100.000 habitantes, pero se considera no alcanzado por presentar una tendencia ligeramente creciente desde 2013 y superar en más de un 50% el estándar del último año (tasa de 4,5/100.000 hab., gráfico 7). Para el total de la población, este objetivo se considera parcialmente cumplido.

GRÁFICO 6.

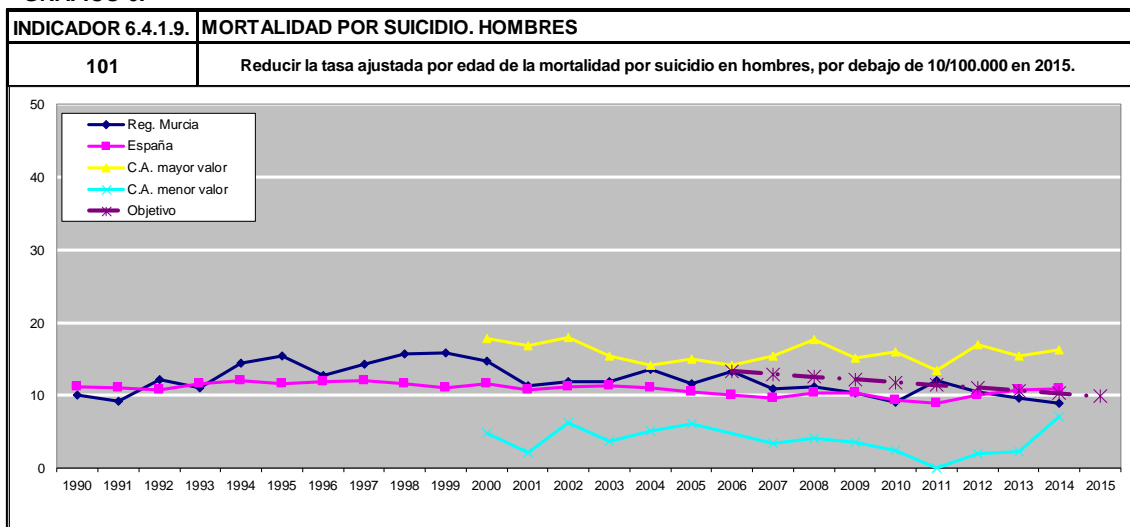
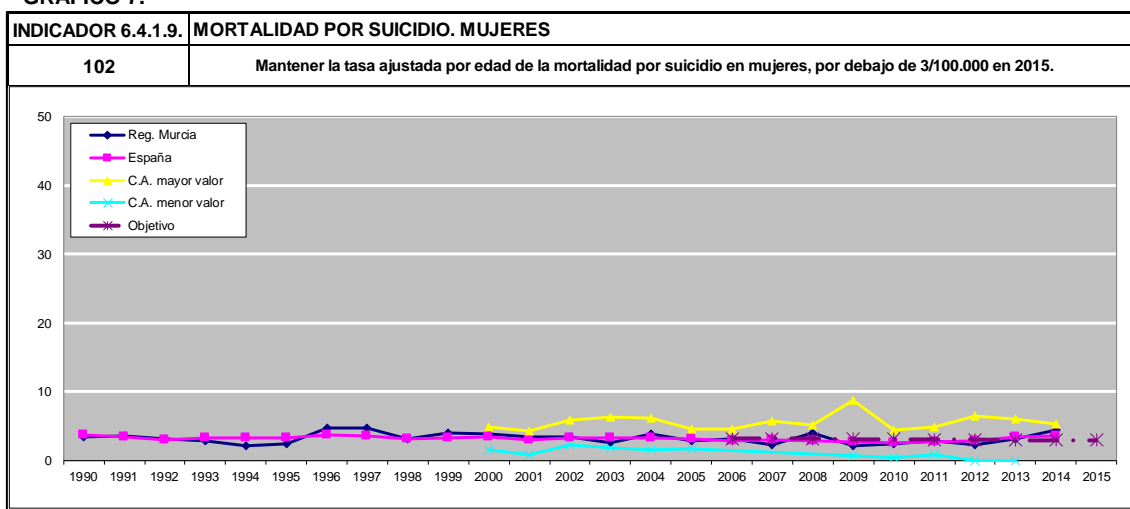


GRÁFICO 7.



De las medidas de actuación e indicadores de seguimiento relacionados con la salud mental (indicadores 6.4.2.3 del anexo), se considera que el nivel de cumplimiento global es del 87% (56,3% conseguidas y 18,8% alcance parcial), destacando los siguientes resultados:

- Se ha sistematizado en la región la valoración del riesgo de suicidio en todos los centros de salud mental, con una mejoría parcial de la mortalidad por esta causa. Se precisaría evaluar las diferencias de género encontradas, que parecen diferir de



la tendencia para el conjunto de España⁵, indicadores intermedios (tasa de intentos de suicidio, prevalencia de depresión u otras enfermedades asociadas, etc.), otras medidas contempladas en el Plan de Salud Mental 2010-2013 (guía de práctica clínica de depresión en atención primaria, etc.) o en el PS2015 (tasa de riesgo de pobreza, etc.) para extraer conclusiones más detalladas de estos resultados.

- Como medida de actuación general para mejorar la salud mental, se ha puesto en marcha el Plan de Salud Mental 2010-2013 (tabla 7), con un nivel de implantación en 2015 en la región del 80% (parcialmente alcanzado). En él se incluyen diversas actuaciones entre las que destacan, por su relación con las medidas contempladas en diversas áreas del PS2015, las líneas 1 de “Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma” y 2 de “Atención a los trastornos mentales” (con programas específicos de adultos, infanto-juvenil, drogodependencias, rehabilitación y hospitalización).
- Se ha avanzado en estos años en la continuidad de cuidados y atención a la dependencia de las personas con alguna enfermedad mental. En este último aspecto destaca la elaboración del “Protocolo de Coordinación Socio-sanitaria en la atención a personas con trastorno mental grave y/o drogodependencia (TMG-D)”, pilotado a lo largo del periodo de vigencia del PS2015 en diferentes áreas de salud y aprobado recientemente (2016).
- También se ha conseguido mejorar la atención a los procesos agudos, si bien la tasa de reingreso en las psicosis es aún susceptible de disminución (tabla 7). Además se ha completado un estudio epidemiológico de prevalencia de enfermedades mentales y sus factores de riesgo en la población murciana (proyecto PEGASUS) y se han emprendido algunas iniciativas contra el estigma de la enfermedad mental.
- Relacionado con las drogodependencias, el Plan de Salud Mental 2010-2013 desarrolla un programa específico del en su línea 2, con un enfoque principalmente asistencial y de rehabilitación socio-sanitaria, y en su línea 1 algunas actuaciones relacionadas con la prevención del consumo. No se ha elaborado un nuevo Plan Regional sobre Drogas (último plan 2007-2010). En el informe final de evaluación del área de estilos de vida del PS2015 se comentan las prevalencias de consumo,

⁵ Ruiz-Pérez I, Rodríguez-Barranco M, Rojas-García A, Mendoza-García O. Economic crisis and suicides in Spain. Socio-demographic and regional variability. Eur J Health Econ (2017) 18:313–320



destacando la evolución desfavorable del consumo de alcohol en jóvenes y de cannabis y cocaína en la población adulta, así como las estrategias de actuación propuestas para reducirlas.

Quedan también pendientes la creación de una unidad de hospitalización infanto-juvenil y la extensión de los programas de rehabilitación a todo el territorio regional (tabla 7). Se han realizado intervenciones familiares en casos con patología grave, pero no han podido cuantificarse.

TABLA 7. VALORACIÓN DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO. ENFERMEDADES RELEVANTES: SALUD MENTAL. PERIODO 2010-2015.

INDICADOR DE SEGUIMIENTO	2011		2013		2015		Consecución
	E	O	E	O	E	O	
% de implantación del Plan de Salud Mental y Drogodependencias	80	ND	90	80	100	80	Parcialmente alcanzado
Disminuir la tasa de reingresos en las unidades de agudos para la psicosis (GRD 430)	7	7,17	6	7,23	5	10,3	No alcanzado
Creación de unidad de hospitalización infanto-juvenil.	No creada	No creada	No creada	No creada	Creada	No creada	No alcanzado
% de áreas de salud con programas de rehabilitación implantados.	50	55	75	55	100	55	No alcanzado
% de implantación del proceso de continuidad de cuidados a toda la Red de Salud Mental.	50	45	75	77,7	100	100	Alcanzado
Nº de estudios epidemiológicos en salud mental.	ND	Estudio iniciado	ND	Estudio finalizado	1	1	Alcanzado
Nº de acciones realizadas contra el estigma.	2	2	2	2	3	3	Alcanzado

E: Valor esperado. O: Valor observado. ND: No Disponible

El grupo de estrategias de intervención específicas para las **demencias** contempla cuatro actividades y tres indicadores de seguimiento, considerándose total o parcialmente alcanzados el 29%: existe un protocolo específico de atención integral a personas con deterioro cognitivo/demencia desarrollado por la Unidad de Demencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (área de salud de Murcia Oeste), pero por el momento no se ha desarrollado e implantado en otras áreas (tabla 8). También se ha avanzado en formación a los profesionales sanitarios en este grupo de patologías y en investigación acerca de envejecimiento cerebral y demencias (indicadores 6.4.2.7 del



anexo), si bien no se ha alcanzado el estándar en el número de actividades de sensibilización a otros grupos (cuidadores, familiares y sociedad en general).

Este tipo de patología requiere sobre todo del despliegue de recursos de tipo socio-sanitario, para abordar las dificultades que plantean la discapacidad y dependencia que desarrollan las personas que las padecen, así como las repercusiones sobre su entorno familiar. No se ha avanzado en la elaboración de un catálogo de recursos comunitarios específicos para demencias, tal y como contemplaba el PS2015, ni en el desarrollo de un Programa Regional de Atención Socio-sanitaria específico para el deterioro cognitivo. Se podrá valorar en un futuro si la implantación del protocolo de Coordinación Socio-sanitaria en la atención a personas con TMG-D cubre las necesidades específicas de estos pacientes y sus familiares.

TABLA 8. VALORACIÓN DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO. ENFERMEDADES RELEVANTES: DEMENCIAS. PERIODO 2010-2015.

INDICADOR DE SEGUIMIENTO	2011		2013		2015		Consecución
	E	O	E	O	E	O	
Elaboración e implantación de un Programa Regional Integral de Atención Socio-sanitaria al deterioro cognitivo y demencias	-	-	-	-	100%	0%	No alcanzado
Elaboración de un protocolo asistencial de atención al deterioro cognitivo y demencia, en la Red Asistencial del SMS en colaboración con la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración.	Diseño	No diseño	Implantación en 2 áreas	50% (1 área)	100% (9 áreas)	11% (1 área)	No alcanzado
Nº de actividades informativas y de sensibilización destinadas a profesionales, cuidadores, familiares y sociedad en general.	2	0	2	0	2	0	No alcanzado

E: Valor esperado. O: Valor observado.

Las tasas de mortalidad prematura por **diabetes mellitus** se han mantenido por debajo de los estándares (100% de los objetivos alcanzados). Sin embargo, en hombres la tendencia, que venía siendo descendente desde 1999, tuvo en 2012 un repunte, resultando ascendente en los últimos años del periodo de vigencia del PS2015 (gráfico 8) y con tasas superiores a las de España en el mismo periodo. Sería recomendable mantener su monitorización para valorar esta última tendencia. En las mujeres se ha observado una tendencia descendente, con valores cercanos a los del conjunto de España (gráfico 9).

GRÁFICO 8.

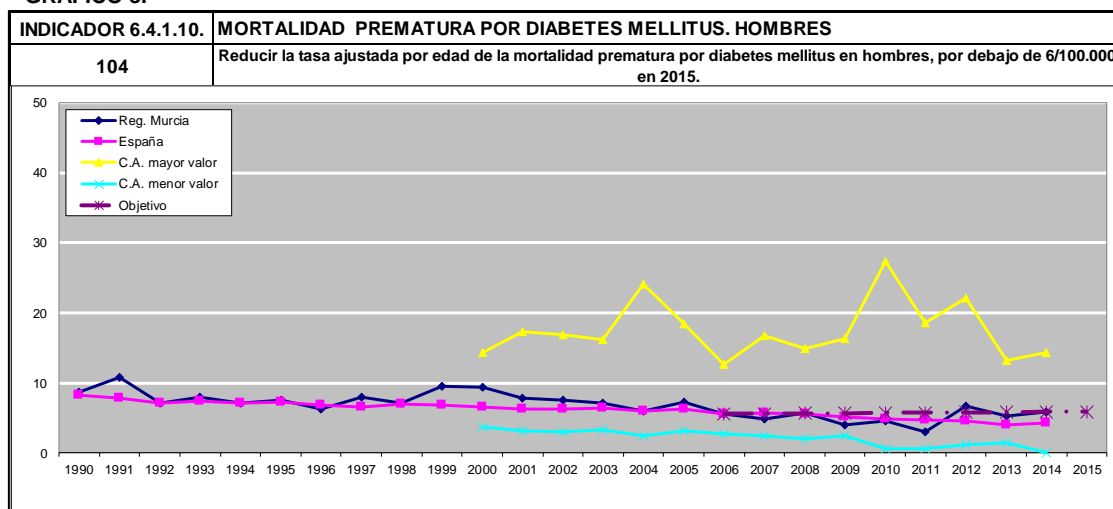
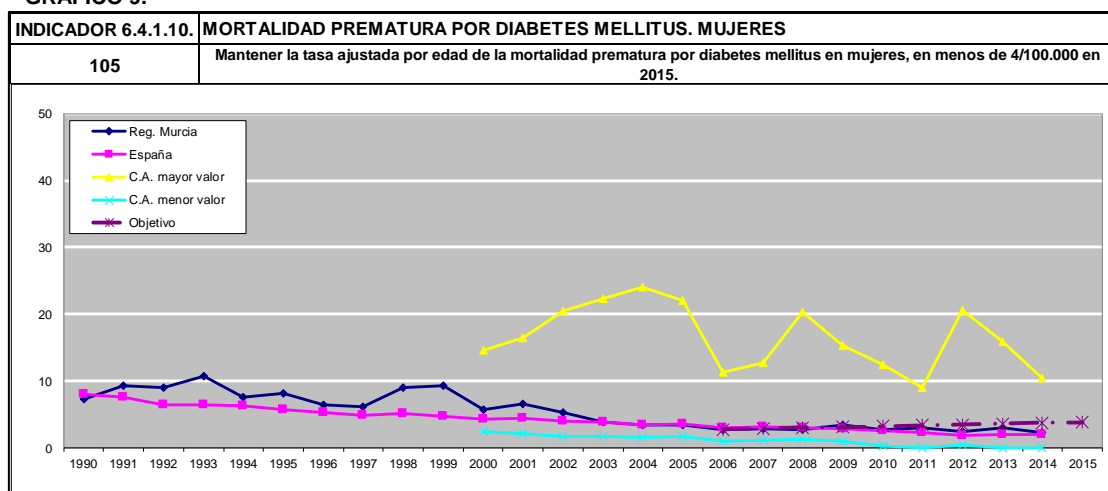


GRÁFICO 9.



El 20% de las estrategias de intervención para la diabetes se consideran alcanzadas, y el 60% parcialmente conseguidas (80% cumplimiento global, tabla 4). Los resultados detallados se encuentran en el anexo (indicadores 6.4.2.5) resaltando los siguientes:

- Se han realizado ciertos avances en actividades de prevención de las complicaciones de la enfermedad realizadas en atención primaria (prevención secundaria y terciaria), observándose un descenso de la tasa de ingresos por algunas complicaciones agudas o crónicas (tabla 9).
- Ha aumentado el porcentaje de personas identificadas como diabéticas y registradas como tales en la historia clínica electrónica (OMI-AP), se está incrementando el uso de la hemoglobina glicosilada (HbA1c) para la monitorización

de la enfermedad y la proporción de diabéticos adecuadamente controlados sin llegar a alcanzar los estándares en ningún caso. Hay que tener en cuenta que puede existir algún grado de infra-registro que podría incluir cierto sesgo en estos resultados.

- También se ha formado a los profesionales sanitarios para potenciar la educación para la salud de las personas con diabetes, pero se considera que es posible mejorar la implantación de esta medida de cara al paciente.

Por otro lado, se considera que no cumplen con lo establecido en el PS2015 las actividades que implican coordinación entre distintas entidades, ya sean niveles asistenciales o distintas instituciones y asociaciones.

TABLA 9. VALORACIÓN DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO. ENFERMEDADES RELEVANTES: DIABETES MELLITUS. PERIODO 2010-2015.

INDICADOR DE SEGUIMIENTO	2011		2013		2015		Consecución
	E	O	E	O	E	O	
Aumentar el nº de diabéticos diagnosticados en OMI acercando la prevalencia registrada (>20 años) al 11%.	10	8,8	11	9,7	11	9,98	Parcialmente alcanzado
% de pacientes diagnosticados de diabetes con determinación anual de HbA1c en OMI.	25	29,2	40	31,7	50	34,3	Parcialmente alcanzado
Incrementar el % pacientes con HbA1c inferior a 7 en el último control.	60	15,5	62	18	65	59	Parcialmente alcanzado
Nº de amputaciones no traumáticas en población diabética >14 años.	229	287	209	260	199	257	Parcialmente alcanzado
Tasa de ingresos por complicaciones agudas y crónicas en población diabética >14 años.	0,27	0,09	0,25	0,08	0,25	0,07	Alcanzado

E: Valor esperado. O: Valor observado.

En relación a las **enfermedades respiratorias crónicas**, las tasas de mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) ha disminuido hasta situarse por debajo del estándar marcado (objetivo alcanzado), aunque no se ha reducido la brecha con el conjunto del estado (gráfico 10). Ha disminuido también la frecuentación hospitalaria por EPOC, pero no sus reingresos (tabla 10).

Además de las estrategias de intervención específicas sobre estas patologías, el área de estilos de vida contempla también medidas relacionadas con su prevención (sobre todo con el EPOC). Cabe señalar aquí la prevalencia de tabaquismo en las



mujeres y las medidas orientadas a la población más joven, como áreas de mejora para mantener, en este caso, la tendencia descendente de la mortalidad por EPOC.

La frecuentación hospitalaria y los reingresos por asma no han seguido una tendencia clara, aunque las cifras se han mantenido próximas a los estándares en el primero de los casos (tabla 10).

GRÁFICO 10.

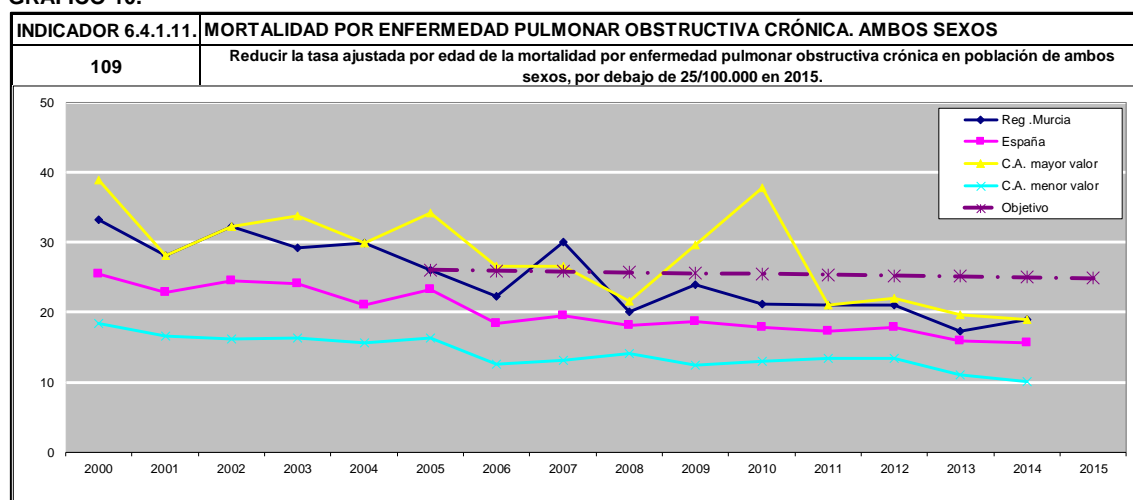


TABLA 10. VALORACIÓN DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO. ENFERMEDADES RELEVANTES: ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA. PERIODO 2010-2015.

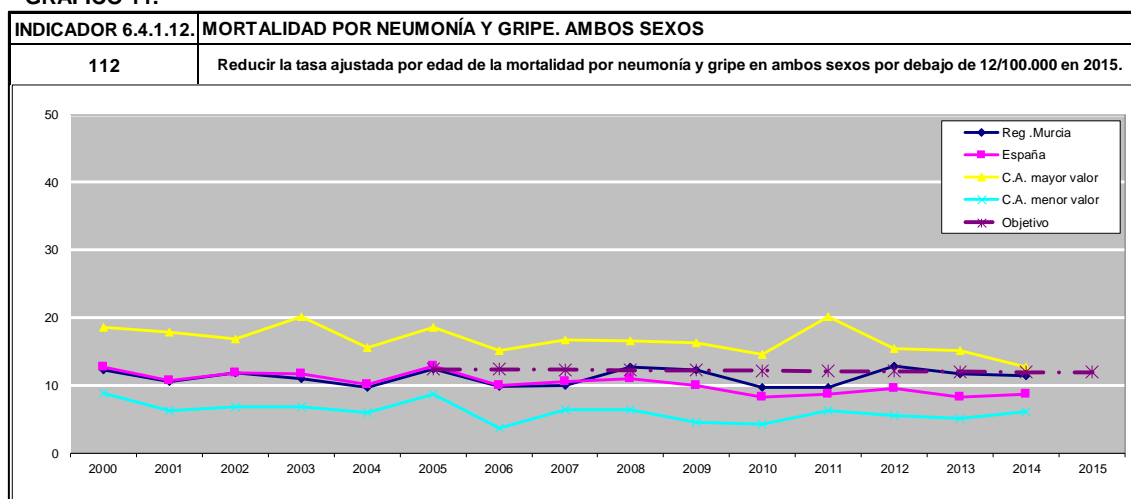
INDICADOR DE SEGUIMIENTO	2011		2013		2015		Consecución
	E	O	E	O	E	O	
Personas >40 años con historia de tabaquismo, registrados en AP con espirometría realizada.	60%	6,6%	70%	8,4%	80%	3,7%	No alcanzado
Nº de ingresos hospitalarios/ 1.000 hab. por reagudización de EPOC.	1,7	1,5	1,6	1,4	1,5	1,4	Alcanzado
% de reingresos hospitalarios de la población con EPOC, por reagudización.	16	18,3	15	18,3	14	17,6	Parcialmente alcanzado
Nº de ingresos hospitalarios/1.000 hab. por reagudización de asma en >14 años.	0,43	0,4	0,41	0,52	0,4	0,53	Parcialmente alcanzado
% de reingresos hospitalarios de la población >14 años con asma, por reagudización.	9	10,4	8	9,73	8	11,2	No alcanzado

E: Valor esperado. O: Valor observado.

De las estrategias de intervención relacionadas con las enfermedades respiratorias crónicas (indicadores 6.4.2.4 del anexo), el 50% (4) se consideran alcanzadas y el 25% (2) parcialmente alcanzadas (75% de cumplimiento global). Se han notificado actuaciones sobre todo en el abordaje del EPOC. Así, se ha elaborado un documento de recomendaciones para la atención integral de las personas con EPOC y se han hecho avances en la prevención, iniciando en atención primaria un protocolo de detección precoz de la enfermedad. El uso de la espirometría según este protocolo ha comenzado a implementarse, sin llegar a alcanzar el estándar (tabla 10).

Para las **enfermedades infecciosas**, se marcaron en esta área objetivos de reducción de las tasas de mortalidad por neumonía y gripe (infecciones respiratorias agudas), que han alcanzado los estándares fijados. Sin embargo, la evolución de las tasas ha sido ligeramente variable a lo largo del periodo (gráfico 11), y entre hombres y mujeres (indicadores 6.4.1.12 del anexo). Teniendo en cuenta que en el periodo evaluado (2010-2014) tanto las epidemias de gripe como la concordancia de la vacuna han sido moderadas y sin grandes oscilaciones⁶, pueden haber influido en este resultado varios hechos, algunos de los cuales han sido considerados en otras áreas de intervención del PS2015 (insuficiente cobertura vacunal frente la gripe y neumococo en la población mayor de 65 años de edad, etc.).

GRÁFICO 11.



⁶ Información sobre gripe en la Región de Murcia: <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=283139&idsec=1074>



Las estrategias de intervención que figuran para las enfermedades infecciosas en el área de enfermedades relevantes se relacionan con el objetivo de reducción de la mortalidad por enfermedad hepática crónica (hepatitis B y C) y con algunos objetivos del área de protección colectiva para la salud: incidencia de hepatitis B y C, tuberculosis y sida. En conjunto, el 36,8% de estas intervenciones se han realizado y el 21,1% se han alcanzado parcialmente (indicadores 6.4.2.6 del anexo).

TABLA 11. VALORACIÓN DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO. ENFERMEDADES RELEVANTES: ENFERMEDADES INFECCIOSAS. PERIODO 2010-2015.

INDICADOR DE SEGUIMIENTO	2011		2013		2015		Consecución
	E	O	E	O	E	O	
% de pacientes bacilíferos a los que se les ha realizado estudio de contactos.	85	91	95	92	100	ND	Parcialmente alcanzado
Realizar estudio de sensibilidad en todos los cultivos positivos para <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (89% de cultivos + con estudio sensibilidad en 2007).	100	98,3	100	95,7	100	100	Alcanzado
Mejorar la adherencia al tratamiento de la TBC y el % de casos con resultado satisfactorio.	100	90,1	100	92,0	100	ND	Parcialmente alcanzado
% de zonas de salud con protocolo diagnóstico de hepatitis B y C implantado.	100	ND	100	ND	100	ND	No evaluable
% de centros de salud con protocolo de pauta de seguimiento terapéutico de hepatitis B y C implantado.	100	ND	100	ND	100	ND	No evaluable
% de nuevos diagnósticos de infección por VIH con CD4 <200/μl al diagnóstico.	37,2	39	36,5	28	35,8	28	Alcanzado
% de nuevos diagnósticos de infección por VIH con CD4 entre 200-350/μl al diagnóstico.	11,8	39	11,5	13	11,3	18	No alcanzado
% de centros de atención primaria con protocolo para indicación de la prueba de VIH implantado	50	ND	75	ND	100	ND	No evaluable
Prevalencia de VIH en madres de recién nacidos vivos (casos/1.000 nacidos vivos)	0,60	ND	0,50	ND	0,40	ND	No evaluable

E: Valor esperado. O: Valor observado. ND: No disponible

En el periodo de ejecución del PS2015 se han constatado ciertas mejoras en las medidas para la prevención y control epidemiológico de la tuberculosis, así como en su diagnóstico y en los indicadores de adherencia al tratamiento (tabla 11). Paralelamente se registra un descenso de la incidencia de la tuberculosis respiratoria en la región, en la que pueden haber influido varios factores.



Se han puesto en marcha medidas preventivas de la infección por VIH, VHC y el VHB y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) con especial énfasis en personas/colectivos en riesgo de exclusión social, que junto con otras medidas comentadas en el área de estilos de vida (uso de preservativo, prevención del consumo de drogas, etc.), pretendían reducir la incidencia de la infección por estos agentes. Los resultados parecen haber sido más satisfactorios para el caso de la hepatitis B, no tanto para la incidencia de nuevos diagnósticos de infección por el VIH y otras ITS.

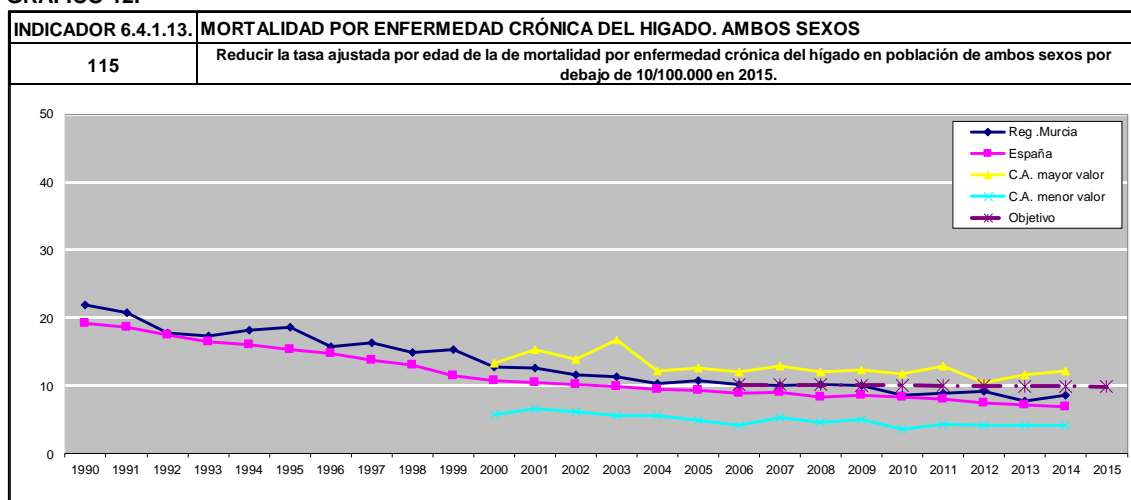
Se ha avanzado parcialmente en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de las personas infectadas por los virus de las hepatitis B y C, sobre todo en la adherencia a las recomendaciones vigentes para la oferta del tratamiento a aquellos que cumplen criterios terapéuticos desde atención especializada. Ha quedado pendiente la implantación efectiva de protocolos para el diagnóstico de los pacientes infectados por virus de las hepatitis B y C en atención primaria (tabla 11). El Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C, aprobado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2015 contempla la elaboración de una Guía de recomendaciones para el Diagnóstico precoz de la Hepatitis C en atención primaria, por lo que su implantación definitiva en la región deberá abordarse en un futuro próximo.

Para monitorizar la infección por el VIH el PS2015 contemplaba la implantación del sistema de información de nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH). Según dicho sistema la incidencia en la Región de Murcia, al igual que para el conjunto del país, presenta un descenso durante los años 2010-2013 y un ligero incremento en 2014-2015. Se observa también que un elevado porcentaje de nuevos diagnósticos de infección por VIH son tardíos (46%), aunque se hayan alcanzado los estándares del PS2015 de reducción de personas diagnosticadas con grados muy avanzados de la infección (nuevos diagnósticos con menos de 200 CD4/ μ l, tabla 11 e incidencia de casos de sida).

Es preciso por tanto, poner en marcha los protocolos diagnósticos de la infección con el fin de disminuir los diagnósticos tardíos, impulsando la realización de la prueba desde atención primaria (según las recomendaciones vigentes, y tal y como contemplaba el PS2015). Además, se contemplaba la atención integral y coordinación socio-sanitaria de las personas infectadas, que tampoco se consideran cumplidas.

Los objetivos marcados de reducción de la mortalidad por **enfermedad crónica del hígado** se consideran alcanzados, registrándose una evolución general ligeramente decreciente (gráfico 12).

GRÁFICO 12.



Varios factores contemplados en el PS2015 en esta y otras áreas pretendían influir sobre este objetivo, y han conseguido un diferente grado de alcance, entre ellos por ejemplo la reducción de la prevalencia de consumidores de riesgo de alcohol (área de estilos de vida), la vacunación frente a la hepatitis B en población general y grupos de riesgo (área de protección colectiva de la salud), la mejora del seguimiento clínico y el tratamiento de las personas infectadas en los últimos años. Sin embargo en otras la evolución no es tan favorable, como por ejemplo, las intervenciones para la prevención y detección precoz de la infección por virus de las hepatitis B y C anteriormente citadas.

El 100% de los 8 ítems del PS2015 del grupo de medidas de actuación relacionadas con las **enfermedades raras** (ER) han podido evaluarse (indicadores 6.4.2.8 del anexo). Globalmente cumplen con lo establecido el 75% de las medidas (37,5% alcanzadas y 37,5% parcialmente alcanzadas). Mediante la puesta en funcionamiento del Sistema de Información sobre Enfermedades Raras de la Región de Murcia (SIERm) se ha dado un impulso importante en su contextualización como problema de salud pública: se estima una prevalencia global de 515,2 casos por 10.000 habitantes en la región, de los cuales uno de cada tres ha obtenido el reconocimiento oficial de la condición de discapacidad.

Se han realizado avances en la asistencia sanitaria a las personas con enfermedades raras en la región, sobre todo en la atención especializada (tabla 12),



quedando pendiente desarrollar un modelo asistencial sanitario que asegure la continuidad de cuidados y potenciar la formación de los profesionales sanitarios para el abordaje de estas patologías. En el año 2015 se creó una Comisión Técnica de Trabajo para la elaboración de un plan integral de enfermedades raras o poco frecuentes en la Región de Murcia, que deberá abordar la atención a las personas con ER y sus familiares en todas sus dimensiones para mejorar su salud y la calidad de vida.

TABLA 12. VALORACIÓN DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO. ENFERMEDADES RELEVANTES: ENFERMEDADES RARAS. PERIODO 2010-2015.

INDICADOR DE SEGUIMIENTO	2011		2013		2015		Consecu-ción
	E	O	E	O	E	O	
Sistema de información sobre ER.	Creado. Inicio implanta-ción	Creado. Inicio Implanta-ción	-	Implan-tado	Implan-tado	Implan-tado	Alcanzado
Protocolo de actuación conjunta para ER.	No	No	Elaborado	En plazo	Implan-tado	No	Parcial-mente alcanzado
% de profesionales de AP formados en el manejo de ER.	10%	0%	30%	0%	80%	0%	No alcanzado
Creación de unidades de referencia en ER.	-	-	1	2	2	3	Alcanzado

E: Valor esperado. O: Valor observado.

De las 3 actividades principales y los 5 indicadores de seguimiento relacionados con el **dolor crónico por enfermedades músculo-esqueléticas** el 75% disponían de información actualizada y han podido valorarse (indicadores 6.4.2.9 del anexo). Se consideran alcanzados el 25% (37,5% de cumplimiento global).

Aunque no se ha realizado el estudio para valorar el impacto del dolor crónico músculo esquelético previsto en el PS2015, el informe sobre “Discapacidades en la Región de Murcia. Distribución territorial y temporal 2000-2012”, a pesar de no ser específico del dolor crónico, sí muestra cómo al analizar la tasa de discapacidad por grupos diagnósticos, las enfermedades musculoesqueléticas y de los tejidos conectivos presentan la mayor prevalencia y una tendencia ascendente en el periodo 2000 a 2012. También se ha realizado un proyecto de investigación (IMMA.doc) acerca del abordaje del dolor crónico, al cual se adscriben voluntariamente diferentes profesionales de la atención primaria, formándose en este campo. Por tanto, se ha avanzado en el



conocimiento de la situación en la región y se ha mejorado parcialmente su abordaje por parte de los profesionales.

Sin embargo, no se ha elaborado un protocolo de actuación a implantar en los centros de atención primaria de la región y queda pendiente la implantación de estrategias efectivas de educación para la salud que impliquen a los pacientes afectados (tabla 13).

TABLA 13. VALORACIÓN DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO. ENFERMEDADES RELEVANTES: DOLOR CRÓNICO POR ENFERMEDADES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS. PERIODO 2010-2015.

INDICADOR DE SEGUIMIENTO	2011		2013		2015		Consecución
	E	O	E	O	E	O	
Estudio sobre el dolor crónico músculo esquelético en la región.	Informe elaborado	-	D	D	D	D	Alcanzado
Protocolo de actuación para el manejo del dolor crónico músculo esquelético.	Informe elaborado	-	D	ND	D	ND	No alcanzado
Nº de pacientes formados en el manejo del dolor crónico músculo esquelético.	2.000	-	5.000	0	10.000	0	No alcanzado

E: Valor esperado. O: Valor observado. (-): Sin datos. D: Disponible. ND: No disponible.

Conclusiones

Esta área es la de mayor peso específico en el conjunto del Plan de Salud 2010-2015, y ocupa una **posición media en el nivel de alcance de sus estándares (44,2%), de cumplimiento global (66,7%) e incumplimiento de medidas (18,8%)**, con diferencias según el grupo de enfermedades:

Es notable la **evolución favorable** objetivada en el periodo evaluado (2010-2014) **de las tasas de mortalidad o mortalidad prematura por distintas enfermedades** que han sido seleccionadas. Especialmente el descenso del 32% en la mortalidad por enfermedad vascular cerebral en ambos sexos, del 15% en la enfermedad isquémica del corazón y la diabetes mellitus, y del 10% en la mortalidad prematura por cáncer y EPOC. También se registran descensos en la mortalidad por enfermedad crónica del hígado. Sin embargo, la mortalidad por neumonía y gripe no registra una tendencia clara (pese a



mantenerse por debajo de los estándares) y no se han conseguido alcanzar los objetivos de reducción de la mortalidad prematura por suicidio, registrándose un incremento en mujeres en los últimos años.

Paralelamente **se han puesto en marcha actuaciones asistenciales previstas** en el PS2015 que han podido influir, entre otros factores, en la supervivencia o la mortalidad por estas causas. Destaca la implantación completa del código ictus y parcial del programa integral de asistencia a la cardiopatía isquémica, la elaboración del documento para manejo del paciente con EPOC, la mejora de la asistencia especializada a los pacientes diagnosticados de hepatitis C. Sin embargo, es mejorable la asistencia a los pacientes con cáncer y diabetes (sobre todo en aspectos relacionados con la asistencia integral y coordinada), y otras áreas del PS2015 señalan la baja cobertura de vacunación por gripe y neumococo en población mayor de 65 años. Se ha sistematizado la valoración del riesgo suicida en todos los dispositivos de salud mental, pudiendo haber influido varios factores adicionales en la evolución de la mortalidad por esta causa.

De los indicadores incluidos en el PS2015 relacionados con la incidencia o la prevalencia de estas enfermedades, no se dispone de información actualizada sobre la incidencia de cáncer para valorar el posible impacto de las actuaciones relacionadas. Por otro lado, se ha avanzado en el conocimiento de otras enfermedades de este grupo mediante estudios (de prevalencia de enfermedades mentales y sus factores de riesgo, y de discapacidades en la Región de Murcia), o bien mediante la puesta en marcha de sistemas de información poblacionales (como son el SINIVIH y el SIER). Esta información es útil para valorar el impacto de la implantación de medidas preventivas y asistenciales contempladas en este o en futuros planes de salud.

En esta misma línea, el PS2015 si incluye **indicadores de hospitalización** por algunas de las enfermedades consideradas relevantes (enfermedades cardiovasculares, complicaciones de la diabetes, EPOC, asma y psicosis). Algunos han conseguido alcanzar los estándares (ingresos por complicaciones agudas o crónicas de la diabetes, ingresos por EPOC), mientras que otros no llegan a alcanzarlos (ingresos por infarto agudo de miocardio) o se alejan de ellos (reingresos por reagudización de asma y por psicosis).

En los campos de **promoción de la salud y prevención de las enfermedades relevantes se han llevado a cabo múltiples actividades** entre las programadas en el PS2015, con distintos grados de implementación. Entre las que se han considerado



alcanzadas destacan la detección de riesgo cardiovascular en atención primaria, las mejoras en la prevención y el control de la tuberculosis y la detección sistemática del riesgo de suicidio en los dispositivos de salud mental. Se ha reforzado la formación de los profesionales en algunas de estas enfermedades (diabetes, demencias, dolor), pero se puede mejorar la educación e implicación de los pacientes y sus cuidadores en el manejo de las mismas. En el campo de la prevención secundaria y terciaria algunas medidas se han implantado parcialmente (cribado poblacional del cáncer colorrectal, evaluación y seguimiento de las personas con riesgo de cáncer, determinación anual y control adecuado desde atención primaria de los niveles de HbA1c en diabéticos) y otras no se han ejecutado (generalización del uso de la espirometría en fumadores, control de la hipertensión arterial e implementación de protocolos para diagnóstico del VIH y las hepatitis B y C en atención primaria,...).

Finalmente, **la mayor parte de las enfermedades incluidas en el área “Enfermedades relevantes” tienen un curso crónico y potencial deterioro de la calidad de vida, discapacidad y dependencia, por lo cual su prevención, asistencia y rehabilitación requieren un abordaje integral**, centrado en el paciente, que coordine adecuadamente los distintos niveles de asistencia sanitaria y los servicios sociosanitarios. El PS2015 contemplaba intervenciones independientes de este tipo en patologías determinadas (p. ej. diabetes mellitus, VIH y demencias), cuya implementación ha quedado pendiente, y otras que se han llevado a cabo parcialmente (rehabilitación de los pacientes con cardiopatía isquémica, asistencia al pacientes con dolor por enfermedades músculo-esqueléticas y con enfermedades raras, entre otras). El desarrollo de un marco común de atención a la cronicidad que establezca las vías de coordinación entre los distintos agentes implicados se ha comenzado recientemente y puede facilitar en gran medida la consecución de este objetivo.



3. ANEXO. RESULTADOS DETALLADOS. “ENFERMEDADES RELEVANTES”.

Tipo de actuación	Código	Descripción	Último año disponible	Nº de años disponibles	Resultado último año disponible	Valoración último año disponible	Mediana años disponibles
O	6.4.1.1.	Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad prematura por cáncer en hombres menores de 75 años por debajo de 130/100.000 en 2015.	2014	5	122,6	Alcanzado	129,5
O	6.4.1.1.	Mantener la tasa ajustada por edad de la mortalidad prematura por cáncer en mujeres menores de 75 años por debajo de 65/100.000 en 2015	2014	5	64,4	Alcanzado	66,4
O	6.4.1.1.	Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad prematura por cáncer en población de ambos sexos menores de 75 años por debajo de 100/100.000 en 2015.	2014	5	92,3	Alcanzado	96,6
O	6.4.1.2.	Reducir la incidencia de cáncer de mama ajustada por edad en mujeres por debajo de 75/100.000 en 2015.	2009	0	ND	No evaluable	ND
O	6.4.1.3.	Reducir entre los hombres la incidencia de cáncer de colon ajustada por edad por debajo de 50 /100.000 en 2015.	2009	0	ND	No evaluable	ND
O	6.4.1.3.	Reducir entre los hombres la incidencia de cáncer de recto ajustada por edad por debajo de 25/100.000 en 2015.	2009	0	ND	No evaluable	ND
O	6.4.1.3.	Reducir en las mujeres la incidencia de cáncer de colon ajustada por edad por debajo de 40/100.000 en 2015.	2009	0	ND	No evaluable	ND
O	6.4.1.3.	Reducir en las mujeres la incidencia de cáncer de recto ajustada por edad por debajo de 20/100.000 en 2015.	2009	0	ND	No evaluable	ND
O	6.4.1.4.	Reducir la incidencia de cáncer de pulmón ajustada por edad en hombres por debajo de 60/100.000 en 2015.	2009	0	ND	No evaluable	ND
O	6.4.1.4.	Reducir la incidencia de cáncer de pulmón ajustada por edad en mujeres por debajo de 5/100.000 en 2015.	2009	0	ND	No evaluable	ND
O	6.4.1.5.	Reducir la incidencia general de cáncer excepto piel no melanoma ajustada por edad en hombres por debajo de 400/100.000 en 2015.	2009	0	ND	No evaluable	ND



Tipo de actuación	Código	Descripción	Último año disponible	Nº de años disponibles	Resultado último año disponible	Valoración último año disponible	Mediana años disponibles
O	6.4.1.5.	Reducir la incidencia general de cáncer excepto piel no melanoma ajustada por edad en mujeres por debajo de 250/100.000 en 2015.	2009	0	ND	No evaluable	ND
O	6.4.1.6.	Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en hombres por debajo de 65/100.000 en 2015.	2014	5	53,4	Alcanzado	62,1
O	6.4.1.6.	Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en mujeres por debajo de 30/100.000 en 2015.	2014	5	22,3	Alcanzado	27,5
O	6.4.1.6.	Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón en población de ambos sexos por debajo de 50/100.000 en 2015.	2014	5	37,4	Alcanzado	43,8
O	6.4.1.7.	Reducir la tasa de hospitalización por infarto agudo de miocardio en hombres por debajo de 130/100.000 en 2015.	2014	5	157,7	Parcialmente alcanzado	165,4
O	6.4.1.7.	Reducir la tasa de hospitalización por infarto agudo de miocardio en mujeres por debajo de 55/100.000 en 2015.	2014	5	50,7	Alcanzado	48,2
O	6.4.1.7.	Reducir la tasa de hospitalización por infarto agudo de miocardio en población de ambos sexos por debajo de 90/100.000 en 2015.	2014	5	102,4	Parcialmente alcanzado	103,6
O	6.4.1.8.	Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad prematura por enfermedad vascular cerebral en hombres por debajo de 18/100.000 en 2015.	2014	5	9,5	Alcanzado	13,6
O	6.4.1.8.	Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad prematura por enfermedad vascular cerebral en mujeres por debajo de 10/100.000 en 2015.	2014	5	6,6	Alcanzado	7,4
O	6.4.1.8.	Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad prematura por enfermedad vascular cerebral en población de ambos sexos por debajo de 14/100.000 en 2015.	2014	5	8,0	Alcanzado	10,1
O	6.4.1.9.	Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad por suicidio en hombres por debajo de 10/100.000 en 2015.	2014	5	9,0	Alcanzado	9,7
O	6.4.1.9.	Mantener la tasa ajustada por edad de la mortalidad por suicidio, en mujeres por debajo de 3/100.000 en 2015.	2014	5	4,5	No alcanzado	2,8



Tipo de actuación	Código	Descripción	Último año disponible	Nº de años disponibles	Resultado último año disponible	Valoración último año disponible	Mediana años disponibles
O	6.4.1.9.	Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad por suicidio en ambos sexos por debajo de 6/100.000 en 2015.	2014	5	6,7	Parcialmente alcanzado	6,3
O	6.4.1.10.	Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad prematura por diabetes mellitus en hombres por debajo de 6/100.000 en 2015.	2014	5	5,8	Alcanzado	5,3
O	6.4.1.10.	Mantener la tasa ajustada por edad de la mortalidad prematura por diabetes mellitus en mujeres en menos de 4/100.000 en 2015.	2014	5	2,3	Alcanzado	2,7
O	6.4.1.10.	Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad prematura por diabetes mellitus en población de ambos sexos en menos de 5/100.000 en 2015.	2014	5	4,0	Alcanzado	4,0
O	6.4.1.11.	Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica en hombres por debajo de 45/100.000 en 2015.	2014	5	36,8	Alcanzado	39,0
O	6.4.1.11.	Mantener la tasa ajustada por edad de la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica en mujeres en menos de 10/100.000 en 2015.	2014	5	6,7	Alcanzado	7,1
O	6.4.1.11.	Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica en población de ambos sexos por debajo de 25/100.000 en 2015.	2014	5	18,9	Alcanzado	21,0
O	6.4.1.12.	Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad por neumonía y gripe en hombres por debajo de 15 /100.000 en 2015.	2014	5	14,2	Alcanzado	14,2
O	6.4.1.12.	Mantener la tasa ajustada por edad de la mortalidad por neumonía y gripe en mujeres por debajo de 10/100.000 en 2015.	2014	5	9,3	Alcanzado	8,4
O	6.4.1.12.	Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad por neumonía y gripe en ambos sexos por debajo de 12/100.000 en 2015.	2014	5	11,4	Alcanzado	11,4
O	6.4.1.13.	Reducir la tasa ajustada por edad de la mortalidad por enfermedad crónica del hígado en hombres por debajo de 15/100.000 en 2015.	2014	5	13,1	Alcanzado	13,8
O	6.4.1.13.	Mantener la tasa ajustada por edad de la de mortalidad por enfermedad crónica del hígado en mujeres en menos de 5/100.000 en 2015.	2014	5	4,3	Alcanzado	4,1



Tipo de actuación	Código	Descripción	Último año disponible	Nº de años disponibles	Resultado último año disponible	Valoración último año disponible	Mediana años disponibles
O	6.4.1.13.	Reducir la tasa ajustada por edad de la de mortalidad por enfermedad crónica del hígado en población de ambos sexos por debajo de 10/100.000 en 2015.	2014	5	8,6	Alcanzado	8,6
AP	6.4.2.1.	Sistematizar las actividades para la prevención del cáncer de útero a través de un programa de prevención secundaria de base comunitaria.	2015	-	0	No alcanzado	-
AP	6.4.2.1.	Universalizar el programa de prevención del cáncer de colon y recto en hombres y mujeres de riesgo medio (entre 50 y 69 años).	2015	-	3	Parcialmente alcanzado	-
AP	6.4.2.1.	Elaboración e implantación de protocolos y vías clínicas, para la evaluación y el seguimiento de las personas con riesgo elevado y alto riesgo de cáncer.	2015	-	3	Parcialmente alcanzado	-
AP	6.4.2.1.	Definición y puesta en marcha de una red regional de unidades para la evaluación y seguimiento de personas con riesgo elevado de padecer cáncer incluido el cáncer hereditario.	2015	-	3	Parcialmente alcanzado	-
AP	6.4.2.1.	Definición y puesta en marcha de un mapa regional de centros y equipos multidisciplinares e integrados para el tratamiento del cáncer basado en protocolos y vías clínicas.	2015	-	3	Parcialmente alcanzado	-
AP	6.4.2.1.	Optimizar la asistencia al cáncer (cáncer de mama, colon y recto, próstata, pulmón, cerviz y melanoma) reduciendo el tiempo de diagnóstico (desde la sospecha de la enfermedad hasta la confirmación morfológica) y el tiempo de inicio de tratamiento (desde la confirmación morfológica hasta la aplicación del primer tratamiento).	2015	-	3	Parcialmente alcanzado	-
AP	6.4.2.1.	Definir e implantar un sistema de información y registro que permita evaluar la efectividad y calidad en la asistencia a la enfermedad, vinculado con el Registro Poblacional del Cáncer.	2015	-	0	No alcanzado	-
AP	6.4.2.1.	Asegurar la mejor calidad de vida a los pacientes y familiares, mediante los cuidados paliativos y el apoyo psicosocial adecuado.	2015	-	5	Alcanzado	-
IS	6.4.2.1.	% de casos de cáncer evaluados en el seno de un comité de tumores.	2013	3	46,6	Alcanzado	44,5
IS	6.4.2.1.	Tiempo de registro de casos nuevos en el Registro del Cáncer Poblacional (desde año de diagnóstico hasta año de registro).	2010	1	6 años	No evaluable	ND



Tipo de actuación	Código	Descripción	Último año disponible	Nº de años disponibles	Resultado último año disponible	Valoración último año disponible	Mediana años disponibles
IS	6.4.2.1.	Tiempo confirmación diagnóstica en programas de cribado (en días).	2015	6	25,0	No alcanzado	30
IS	6.4.2.1.	Tiempo confirmación diagnóstica ante sospecha clínica fundada de cáncer.	Sin datos	Sin datos	ND	No evaluable	ND
IS	6.4.2.1.	Tiempo medio de inicio de tratamiento: desde la fecha de confirmación morfológica a inicio de tratamiento quirúrgico, quimioterápico o radioterápico, de cáncer de pulmón, colon, mama, próstata y cérvix.	Sin datos	Sin datos	ND	No evaluable	ND
IS	6.4.2.1.	% de pacientes fallecidos por cáncer que han recibido cuidados paliativos.	2015	6	68,0	Alcanzado	55,2
AP	6.4.2.2.	Calcular y valorar el riesgo cardiovascular a las personas a las que se les haya detectado algún factor de riesgo cardiovascular, y que aún no han desarrollado síntomas de enfermedad, ofreciéndoles las intervenciones preventivas y terapéuticas que precisen para controlar los factores de riesgo y reducir su riesgo cardiovascular.	2015	-	4	Alcanzado	-
AP	6.4.2.2.	Reducir la demora de tiempo de atención en la fase aguda de cardiopatía isquémica e ictus, mediante la elaboración de protocolos de actuación común en toda la red asistencial urgente, EAP, SUAP, UME y servicios hospitalarios.	2015	-	4	Alcanzado	-
AP	6.4.2.2.	Diseñar un sistema de monitorización de calidad en el manejo de la cardiopatía isquémica que incluya la existencia de un sistema de clasificación de pacientes y el tiempo hasta la revascularización (con fibrinolíticos o angioplastia primaria).	2015	-	3	Parcialmente alcanzado	-
AP	6.4.2.2.	Proporcionar a los pacientes con enfermedad cardiovascular crónica un tratamiento integral más adecuado: dietético, de ejercicio o actividad física, farmacológico, psicológico y de apoyo social.	2015	-	3	Parcialmente alcanzado	-
AP	6.4.2.2.	Realizar la valoración precoz de la discapacidad generada por estas enfermedades e implantación de medidas de rehabilitación y apoyo social, que garanticen la integración en el entorno de vida habitual del paciente.	2015	-	3	Parcialmente alcanzado	-
AP	6.4.2.2.	Elaboración de protocolos de atención a los pacientes con ictus, según las recomendaciones de las guías clínicas.	2015	-	4	Alcanzado	-



Tipo de actuación	Código	Descripción	Último año disponible	Nº de años disponibles	Resultado último año disponible	Valoración último año disponible	Mediana años disponibles
IS	6.4.2.2.	% de personas mayores de 40 años con evaluación del riesgo vascular en OMI.	2015	4	68,7	Alcanzado	58
IS	6.4.2.2.	% pacientes con control de hipertensión en AP.	2015	6	22,9	No alcanzado	25
IS	6.4.2.2.	% de centros de salud con protocolo de ictus implantado.	2015	6	100	Alcanzado	100
IS	6.4.2.2.	% de hospitales con protocolo de ictus implantado.	2015	6	100	Alcanzado	100
IS	6.4.2.2.	% de centros de salud con protocolo de cardiopatía isquémica implantado.	2015	1	100	Alcanzado	100
IS	6.4.2.2.	% de hospitales con protocolo de cardiopatía isquémica implantado.	Sin datos	Sin datos	ND	No evaluable	ND
AP	6.4.2.3.	Implantación del Plan de Salud Mental y Drogodependencias en toda la región.	2015	-	3	Parcialmente alcanzado	-
AP	6.4.2.3.	Asegurar y mejorar el tratamiento en la fase aguda de la enfermedad mental y drogodependencia.	2015	-	5	Alcanzado	-
AP	6.4.2.3.	Desarrollo de programas de rehabilitación específicos para personas con enfermedad mental.	2015	-	3	Parcialmente alcanzado	-
AP	6.4.2.3.	Valoración del riesgo suicida en todos los dispositivos de Salud Mental.	2015	-	5	Alcanzado	-
AP	6.4.2.3.	Asegurar la continuidad de cuidados asistenciales y a la dependencia.	2015	-	5	Alcanzado	-
AP	6.4.2.3.	Aumentar el nº de intervenciones familiares en la patología mental grave (incluyendo patología dual y trastornos de personalidad graves).	2015	-	4	Alcanzado	-
AP	6.4.2.3.	Conocer y analizar la prevalencia de las enfermedades mentales en la Región de Murcia y sus determinantes para la identificación de áreas de intervención prioritarias.	2015	-	4	Alcanzado	-



Tipo de actuación	Código	Descripción	Último año disponible	Nº de años disponibles	Resultado último año disponible	Valoración último año disponible	Mediana años disponibles
AP	6.4.2.3.	Campañas de información y sensibilización con el fin de evitar actitudes de rechazo (estigmatización) del enfermo mental y drogodependiente.	2015	-	4	Alcanzado	-
IS	6.4.2.3.	Implantación del Plan de Salud Mental y Drogodependencias.	2015	4	80	Parcialmente alcanzado	80
IS	6.4.2.3.	Disminuir la tasa de reingresos (≤ 30 días) en las unidades de hospitalización de agudos para la psicosis (GRD 430) (8,9% en 2008).	2015	6	10,3	No alcanzado	7,2
IS	6.4.2.3.	Creación de unidad de hospitalización infanto-juvenil.	2015	6	NO CREAD A	No alcanzado	0
IS	6.4.2.3.	% de áreas de salud con programas de rehabilitación implantados.	2015	6	55	No alcanzado	55
IS	6.4.2.3.	Implantación del proceso de continuidad de cuidados a toda la Red de Salud Mental.	2015	6	100,0	Alcanzado	71,9
IS	6.4.2.3.	Nº intervenciones familiares.	Sin datos	Sin datos	ND	No evaluable	ND
IS	6.4.2.3.	Nº de estudios epidemiológicos en salud mental.	2015	6	1	Alcanzado	1
IS	6.4.2.3.	Nº de acciones realizadas contra el estigma.	2015	6	3	Alcanzado	2
AP	6.4.2.4.	Mejorar el diagnóstico precoz de la enfermedad respiratoria y su manejo terapéutico con especial implicación de la atención primaria (detección precoz de la EPOC dirigida a personas mayores de 40 años que presenten historia de tabaquismo actual o pasada, superior a 10 paquetes/año, durante 10 años).	2015	-	4	Alcanzado	-
AP	6.4.2.4.	Diseño e implantación de protocolos y vías clínicas para el abordaje del EPOC y asma de una forma integral que garantice la continuidad de cuidados.	2015	-	4	Alcanzado	-



Tipo de actuación	Código	Descripción	Último año disponible	Nº de años disponibles	Resultado último año disponible	Valoración último año disponible	Mediana años disponibles
AP	6.4.2.4.	Fomento del autocuidado de los pacientes con EPOC y asma mediante intervenciones de educación sanitarias y medidas de control ambiental.	2015	-	4	Alcanzado	-
IS	6.4.2.4.	Personas mayores de 40 años con historia de tabaquismo actual o pasada, superior a 10 paquetes/año durante 10 años, registrados en atención primaria con espirometría realizada.	2015	5	3,7	No alcanzado	7,0
IS	6.4.2.4.	Frecuentación (nº de ingresos hospitalarios por 1.000 habitantes) por reagudización de la EPOC la enfermedad.	2015	6	1,4	Alcanzado	1,4
IS	6.4.2.4.	% de reingresos hospitalarios de la población con EPOC, por reagudización de la enfermedad.	2015	6	17,6	Parcialmente alcanzado	17,7
IS	6.4.2.4.	Frecuentación (nº de ingresos hospitalarios por 1.000 habitantes) por reagudización de asma en mayores de 14 años.	2015	6	0,5	Parcialmente alcanzado	0,5
IS	6.4.2.4.	% de reingresos hospitalarios de la población de más de 14 años con asma, por reagudización de la enfermedad.	2015	6	11,2	No alcanzado	10,4
AP	6.4.2.5.	Implantar protocolos y vías clínicas para un abordaje integrado de la diabetes mellitus entre atención primaria y atención especializada, reduciendo la variabilidad de la práctica clínica e implicando al paciente en el manejo de su enfermedad.	2015	-	2	No alcanzado	-
AP	6.4.2.5.	Disminuir los ingresos por complicaciones agudas y crónicas de los pacientes diabéticos actuando específicamente sobre la incidencia de amputaciones no traumáticas, infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal en diabéticos.	2015	-	2	Parcialmente alcanzado	-
AP	6.4.2.5.	Promover la educación en el manejo de la diabetes: Reforzar la educación sanitaria del paciente diabético considerando sus diferencias lingüísticas y culturales.	2015	-	3	Parcialmente alcanzado	-
AP	6.4.2.5.	Promover la educación en el manejo de la diabetes: Reforzar los conocimientos de los profesionales en educación diabetológica.	2015	-	4	Alcanzado	-
AP	6.4.2.5.	Promover la educación en el manejo de la diabetes: Establecer acuerdos de colaboración con asociaciones de diabéticos y Consejería de Educación, para mejorar la formación en diabetes.	2015	-	0	No alcanzado	-



Tipo de actuación	Código	Descripción	Último año disponible	Nº de años disponibles	Resultado último año disponible	Valoración último año disponible	Mediana años disponibles
IS	6.4.2.5.	Aumentar el número de diabéticos diagnosticados acercándose a la prevalencia observada por encima de los 20 años del 11%.	2015	5	10,0	Parcialmente alcanzado	9,7
IS	6.4.2.5.	% de pacientes diagnosticados de diabetes con determinación anual de HbA1c.	2015	5	34,3	Parcialmente alcanzado	31,7
IS	6.4.2.5.	Incrementar el % pacientes con HbA1c inferior a 7 en el último control.	2015	5	59,0	Parcialmente alcanzado	18,0
IS	6.4.2.5.	Número de amputaciones no traumáticas en población diabética mayor de 14 años.	2015	6	257,0	Parcialmente alcanzado	263,0
IS	6.4.2.5.	Tasa de ingresos por complicaciones agudas y crónicas en población diabética mayor de 14 años.	2015	6	0,1	Alcanzado	0,1
AP	6.4.2.6.	Asegurar el tratamiento completo en los todos los casos de TBC, realizando un seguimiento de la adherencia al tratamiento en colaboración con asistencia social.	2015	-	4	Alcanzado	-
AP	6.4.2.6.	Realizar estudio de contactos en todos los pacientes bacilíferos.	2015	-	4	Alcanzado	-
AP	6.4.2.6.	Proponer y controlar medidas de profilaxis antibacilar en personas infectadas de TBC especialmente en grupos de riesgo.	2015	-	4	Alcanzado	-
AP	6.4.2.6.	Reforzar el control de las conductas de riesgo de transmisión del VIH, hepatitis virales C y B, y de otras enfermedades de transmisión sexual, con especial énfasis en colectivos en exclusión social.	2015	-	4	Alcanzado	-
AP	6.4.2.6.	Elaboración e implantación de un protocolo para realizar la serología de hepatitis B y C a las personas con clínica o analítica sugestiva de alteración hepática.	2015	-	3	Parcialmente alcanzado	-
AP	6.4.2.6.	Elaborar una vía clínica con pautas de seguimiento de los infectados por hepatitis B y C que asegure la oferta del tratamiento a todos aquellos que cumplen criterios terapéuticos.	2015	-	3	Parcialmente alcanzado	-
AP	6.4.2.6.	Implantar un Sistema de Información de nuevos diagnósticos de infección por VIH con cobertura poblacional.	2015	-	4	Alcanzado	-



Tipo de actuación	Código	Descripción	Último año disponible	Nº de años disponibles	Resultado último año disponible	Valoración último año disponible	Mediana años disponibles
AP	6.4.2.6.	Elaborar e implantar en atención primaria un protocolo para ofertar de forma sistemática la realización de la prueba del VIH a personas con manifestaciones clínicas centinela.	2015	-	2	No alcanzado	-
AP	6.4.2.6.	Elaborar guías operativas para la atención integral de las personas infectadas por VIH incorporando en su ámbito de actuación todas las necesidades asistenciales, terapéuticas y de rehabilitación de la enfermedad.	2015	-	2	No alcanzado	-
AP	6.4.2.6.	Establecer mecanismos de cooperación entre servicios asistenciales e instituciones y organizaciones ciudadanas para reforzar la asistencia socio-sanitaria de los pacientes con VIH.	2015	-	0	No alcanzado	-
IS	6.4.2.6.	% de pacientes bacilíferos a los que se ha realizado estudio de contactos.	2014	5	94,0	Parcialmente alcanzado	91
IS	6.4.2.6.	Realizar estudio de sensibilidad en todos los cultivos positivos para <i>Micobacterium tuberculosis</i> (89% de cultivos + con estudio sensibilidad en 2007).	2015	6	100	Alcanzado	97,2
IS	6.4.2.6.	Mejorar la adherencia al tratamiento a la TBC y el porcentaje de casos con resultado satisfactorio (92% casos con resultado satisfactorio en 2007).	2014	5	95,6	Parcialmente alcanzado	90,1
IS	6.4.2.6.	% de zonas de salud con protocolo diagnóstico de hepatitis B y C implantado.	2011	1	50	No evaluable	50
IS	6.4.2.6.	% de centros de salud con protocolo de pauta de seguimiento terapéutico de hepatitis B y C implantado.	2011	1	50	No evaluable	50
IS	6.4.2.6.	% de nuevos diagnósticos de infección por VIH con un nivel de CD4 inferior a 200/μl al diagnóstico, por sexo y categoría de transmisión.	2015	6	28,0	Alcanzado	28,5
IS	6.4.2.6.	% de nuevos diagnósticos de infección por VIH con un nivel de CD4 entre 200-350/μl al diagnóstico, por sexo y categoría de transmisión.	2015	6	18,0	No alcanzado	14,5
IS	6.4.2.6.	Prevalencia de VIH en madres de recién nacidos vivos (casos /1.000 nacidos vivos).	Sin datos	Sin datos	ND	No evaluable	ND
IS	6.4.2.6.	% de centros de atención primaria con protocolo para indicación de la prueba VIH implantado.	Sin datos	Sin datos	ND	No evaluable	ND



Tipo de actuación	Código	Descripción	Último año disponible	Nº de años disponibles	Resultado último año disponible	Valoración último año disponible	Mediana años disponibles
AP	6.4.2.7.	Elaboración e implantación de un Programa Regional Integral de Atención Socio-sanitaria al deterioro cognitivo y demencias.	2015	-	0	No alcanzado	-
AP	6.4.2.7.	Elaboración de un protocolo asistencial de atención al diagnóstico, tratamiento y seguimiento del deterioro cognitivo/demencia desde la Red Asistencial del SMS y en colaboración con los servicios socio-sanitarios.	2015	-	3	Parcialmente alcanzado	-
AP	6.4.2.7.	Elaborar un catálogo de recursos comunitarios y establecer las medidas de apoyo a los cuidadores y familiares.	2015	-	1	No alcanzado	-
AP	6.4.2.7.	Impulsar la investigación (especialmente estudios epidemiológicos), formación y proyectos vinculados con las demencias.	2015	-	4	Alcanzado	-
IS	6.4.2.7.	Grado de implantación del programa Regional integral de atención socio-sanitaria al deterioro cognitivo y demencias.	2015	6	0%	No alcanzado	0%
IS	6.4.2.7.	Elaboración de un protocolo asistencial de atención al deterioro cognitivo y demencia, en la Red Asistencial de la Dirección General de Asistencia Sanitaria en colaboración con la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración.	2015	6	11%	No alcanzado	11%
IS	6.4.2.7.	Nº de actividades informativas y de sensibilización destinadas a profesionales, cuidadores, familiares y sociedad en general.	2015	4	0	No alcanzado	0
AP	6.4.2.8.	Establecer un sistema de información para identificar a la población afectada por ER a partir de los registros sanitarios existentes.	2015	-	5	Alcanzado	-
AP	6.4.2.8.	Diseñar e implantar un protocolo general de asistencia a las ER que incorpore en su ámbito de actuación el itinerario asistencial, circuitos de derivación, asesoramiento genético y la facilitación de tratamientos, especialmente la rehabilitación.	2015	-	3	Parcialmente alcanzado	-
AP	6.4.2.8.	Diseño de un programa formativo en ER dirigido a profesionales sanitarios de AP y AE.	2015	-	1	No alcanzado	-
AP	6.4.2.8.	Creación de unidades de referencia formadas por equipos multidisciplinares para la atención integral de las diferentes ER.	2015	-	3	Parcialmente alcanzado	-



Tipo de actuación	Código	Descripción	Último año disponible	Nº de años disponibles	Resultado último año disponible	Valoración último año disponible	Mediana años disponibles
IS	6.4.2.8.	Sistema de información sobre ER.	2015	6	Implantado	Alcanzado	Implantado
IS	6.4.2.8.	Protocolo de actuación conjunta para ER.	2015	6	No implantado	Parcialmente alcanzado	En proceso
IS	6.4.2.8.	% de profesionales de AP formados en el manejo de ER.	2015	6	0	No alcanzado	0
IS	6.4.2.8.	Creación de unidades de referencia en ER.	2015	5	3	Alcanzado	2
AP	6.4.2.9.	Realizar un estudio sobre el impacto del dolor crónico músculo esquelético en la población, su incidencia en la percepción del estado de salud y sobre los abordajes más eficaces para minimizar su efecto en la vida personal y laboral.	2015	-	4	Alcanzado	-
AP	6.4.2.9.	Desplegar un plan de formación para los pacientes afectados de esta enfermedad que combine iniciativas de promoción de la salud y manejo de analgésicos, con actividades presenciales y material divulgativo.	2015	-	0	No alcanzado	-
AP	6.4.2.9.	Elaborar un protocolo de abordaje del paciente con dolor crónico musculoesquelético y reforzar el conocimiento de los profesionales en el manejo de este problema de salud.	2015	-	3	Parcialmente alcanzado	-
IS	6.4.2.9.	Estudio sobre el dolor crónico músculo esquelético en la Región de Murcia.	2015	4	1	Alcanzado	1
IS	6.4.2.9.	Protocolo de actuación para el manejo del dolor crónico músculo esquelético.	2015	2	0	No alcanzado	0
IS	6.4.2.9.	% de la población general con problemas de "artrosis, artritis y reumatismo".	2011	1	21,6	No evaluable	21,6
IS	6.4.2.9.	% de la población general que toma medicación para problemas de "artrosis, artritis y reumatismo".	2011	1	21,6	No evaluable	8,5
IS	6.4.2.9.	Nº de pacientes formados en el manejo del dolor crónico músculo esquelético.	2015	4	0	No alcanzado	0



Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación, Investigación,
Farmacia y Atención al Ciudadano

