

Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016

Estrategias y acciones destacables

Comunidad Autónoma de la
Región de Murcia



Índice

Resumen	3
1 Asistencia sanitaria	5
1.1 Estrategia para garantizar la cobertura sanitaria en la Región de Murcia	5
1.2 Implantación de la receta electrónica en atención primaria	6
1.3 Proyecto de atención integral a pacientes crónicos complejos	8
1.4 Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Región de Murcia	10
1.5 Proyecto IntégraME	11
1.6 Proyecto Euroempleo Salud Mental 2016-2020	13
1.7 Enfermedades profesionales en la Región de Murcia	15
2 Infraestructuras sanitarias	17
3 Gestión económico-financiera	19
4 La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes	21
Índice de tablas	25
Abreviaturas, acrónimos y siglas	27

Resumen

La Consejería de Sanidad y el Servicio Murciano de Salud han continuado durante 2015 con las líneas definidas en el Plan de Salud 2010-2015, así como con la Estrategia 2015 del Servicio Murciano de Salud. El esfuerzo ha ido dirigido a adaptar la respuesta del sistema sanitario a las necesidades de salud de la población, impulsando la mejora de los resultados en salud y la calidad de los servicios prestados a través del incremento de la eficiencia para garantizar la sostenibilidad del sistema.

En el marco de la estrategia de atención a los pacientes crónicos se ha puesto en marcha un proyecto de atención a pacientes complejos en el Área VI con una intervención dirigida a la mejora de los circuitos de comunicación entre los niveles de atención primaria y el Hospital Morales Meseguer, con un liderazgo a nivel hospitalario del Servicio de Medicina Interna. Los resultados de la fase piloto han presentado mejoras significativas en la calidad de la atención prestada en relación al número de ingresos así como a la utilización de las consultas externas y las urgencias hospitalarias.

Durante 2015 se ha desarrollado, con la colaboración del Colegio Oficial de Farmacéuticos, la implementación de la receta electrónica en todo el nivel de la atención primaria de salud del SMS. El proyecto se ha llevado a cabo a través de una estrategia coordinada de formación de formadores y de asesoramiento que ha permitido realizar el despliegue en 20 semanas.

A finales de 2015 se ha publicado una monografía sobre la prevalencia de enfermedades raras, donde se recoge la información y experiencia adquirida desde la puesta en marcha del sistema de información en 2009.

En el ámbito de Salud Mental ha finalizado el proyecto IntegraME con una sensible mejora de los objetivos perseguidos. Se ha mejorado el control en atención primaria de los factores de riesgo en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, y se ha puesto en marcha un proyecto europeo dirigido a introducir dentro de la cultura de la red de salud mental la perspectiva del empleo como una herramienta útil en la recuperación de las personas con trastorno mental grave.

Este año se ha acreditado el Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria como instituto de investigación sanitaria de acuerdo a los requerimientos acreditados por el Instituto de Salud Carlos III. La finalidad es fomentar, desarrollar e integrar la investigación biosanitaria de excelencia en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

1 Asistencia sanitaria

La Consejería de Sanidad y el Servicio Murciano de Salud (SMS) han reorganizado su estructura en 2015 con el fin de adecuarla para favorecer la atención integrada y centrada en los pacientes, impulsar la gestión por procesos asistenciales, avanzar en la humanización de la asistencia sanitaria, potenciar la atención a los enfermos con patologías crónicas, y todo ello en el marco adecuado que garantice la calidad asistencial y la seguridad a los pacientes. Con este propósito los Decretos 224 y 228 de 2015 (BORM, 18 de septiembre de 2015), reorganizan la estructura de la sanidad regional, destacando la creación en el SMS de una Subdirección de Atención Sanitaria y Continuidad Asistencial que integra las funciones de atención primaria, atención hospitalaria y salud mental, la integración en el SMS de las funciones de calidad y seguridad en la Subdirección de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación, así como la creación de una Subdirección de Humanización de la Asistencia y una Subdirección de Programas, Innovación y Cronicidad.

1.1 Estrategia para garantizar la cobertura sanitaria en la Región de Murcia

Con fecha 18 de noviembre de 2015 entró en vigor la Instrucción 6/2015 del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud (B.O.R.M. nº 266 de 17 de noviembre de 2015) por la que se crea un programa de protección social para la prevención, promoción y atención a la salud de la población extranjera en situación administrativa irregular, que vive en la Región de Murcia y que tiene recursos insuficientes.

Mediante la citada instrucción se adoptan las necesarias medidas para la prevención, promoción y atención a la salud que permiten prestar una asistencia sanitaria a este colectivo en situación de vulnerabilidad, por razones humanitarias y porque toda inversión en salud es una contribución decisiva al bienestar social.

Pueden incorporarse a este Programa de protección social, las personas extranjeras no autorizadas ni registradas como residentes en España, que carezcan de recursos económicos suficientes y con residencia efectiva en alguno de los municipios de la Región.

Los requisitos para acceder a esta prestación social sanitaria son no tener derecho a recibir asistencia sanitaria con carácter continuado en ninguna de las modalidades contempladas en la legislación estatal, no tener derecho a exportar a España el derecho a recibir asistencia sanitaria de su país de origen, no haber acreditado recursos suficientes ni tenencia de un seguro médico para el acceso a la residencia o estancia por estudios, prácticas no laborales, intercambio de alumnos, y voluntariado, estar empadronado o mantener residencia efectiva en algún municipio de la Región de Murcia al menos los tres meses previos a la solicitud, teniéndose en cuenta a efectos de cómputo la residencia continuada en territorio del Estado Español cuando exista empadronamiento inmediatamente anterior en otro municipio del Estado Español y estar en situación de insuficiencia de recursos, entendiéndose que se encuentran en tal situación las personas cuyas rentas, de cualquier naturaleza, sean iguales o inferiores en cómputo anual al Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM), o, aunque se supere dicho límite, si el cociente entre las rentas anuales y el número de menores dependientes y convivientes a su cargo fuera igual o menor a la mitad del IPREM.

A las personas que acceden al programa se les entrega un documento específico y distinto de la tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud, que expide el Servicio Regional de

Tarjeta Sanitaria con una validez inicial de dos años prorrogable por iguales periodos de tiempo si persisten los requisitos, y se les asignan profesionales y centros de referencia.

El contenido y extensión de las prestaciones sanitarias que incluye es el correspondiente a la cartera común del Sistema Nacional de Salud, tanto las correspondientes a la cartera común básica como a la cartera suplementaria con una aportación del 40% en la prestación farmacéutica ambulatoria.

Las prestaciones se limitan, por razones competenciales, al ámbito de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y se prestan mediante los recursos asistenciales dependientes del Servicio Murciano de Salud, sin que pueda hacerse extensivo al resto del Estado Español, salvo cuando para la adecuada atención, sea precisa la derivación por el SMS para que esta se preste en un Centro, Servicio o Unidad de Referencia (CSUR) del SNS o no se disponga en la Comunidad Autónoma del procedimiento, la técnica o tecnología necesaria.

1.2 Implantación de la receta electrónica en atención primaria

Una vez dado por concluido el pilotaje de receta electrónica, que se desarrolló entre febrero de 2013 y junio de 2014, al que se fueron incorporando progresivamente cuatro centros de salud, se planteó la necesidad de desarrollar un plan de implantación de receta electrónica en atención primaria, que se definió y diseñó de forma conjunta entre los siguientes estamentos y organizaciones:

- Consejería de Sanidad y Política Social.
- Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- Subdirección General de Tecnologías de la Información del SMS.
- Dirección de Primaria de las áreas sanitarias.
- Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia.
- Centro de Soporte del SMS.

El Plan de implantación de receta electrónica constó de las siguientes fases y elementos:

Fase de planificación y definición de las principales líneas de ejecución:

- Definición de fechas y rutas para la implantación que permitan realizar una implantación desde la periferia al centro de la Región, de forma ordenada y efectiva.
- Composición de un equipo de 5 personas formado específicamente en receta electrónica, para realizar el soporte presencial en la implantación de receta electrónica.
- Definición y organización de las principales tareas:
 - Sesiones formativas a formadores.
 - Gestión de certificados para firma electrónica.
 - Soporte presencial y remoto.
 - Diseño de cartelería y folletos informativos.
 - Calendarización de las diferentes actuaciones del trabajo de campo entre 15 de septiembre de 2.014 y 13 de febrero de 2.015.

Fase de implantación (trabajo de campo)

- En cada centro de salud, incluyendo los consultorios que dependían del mismo, se trabajó durante tres semanas:

Primera semana:

- Se procede a la formación de un formador de formadores.
- Formación presencial en talleres de 18 horas.
- Entrega de material formativo, presentaciones, manuales, etc.

- Al programa de formación de formadores se incorporó un conjunto de recomendaciones sobre revisión y adecuación de los tratamientos de larga duración.

Segunda semana:

- El médico formado en receta electrónica la semana anterior procedía a la formación del personal facultativo del centro en el aplicativo de receta electrónica y en las recomendaciones sobre revisión de los tratamientos de larga duración.
- El equipo de soporte asignado al centro procedía a:
 - Generar, activar y entregar los certificados de firma electrónica, así como a informar y formar sobre su uso.
 - Revisar los equipos informáticos del centro de salud, adecuando el software, instalando los lectores de tarjetas e instalando los programas necesarios para el buen funcionamiento de receta electrónica.
 - Comprobar el buen funcionamiento de receta electrónica.

Tercera semana:

- Se activaba el aplicativo de receta electrónica y empezaban las primeras prescripciones con apoyo del propio formador del centro de salud y del equipo de soporte a distancia y se procedía a la distribución de cartelería y folletos informativos dirigidos a los pacientes, que se tradujeron a seis idiomas y que están también disponibles en la intranet del Servicio Murciano de Salud y en el portal sanitario www.murciasalud.es

Al ser equipos distintos los de formación de formadores, los de formación en los centros, los de implantación y los de soporte a distancia se pudo actuar simultáneamente en un número variable de entre 8 y 10 centros de salud en función de la organización y planificación de rutas y terminar la implantación en 20 semanas, con la interrupción obligada en las semanas de Navidad y Año Nuevo.

- Simultáneamente el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia desplegó la formación de los farmacéuticos y la instalación del software de gestión de las oficinas de farmacia que permitía la dispensación electrónica y previamente procedió a:
 - Promover la adaptación de los programas de gestión de las oficinas de farmacia a receta electrónica.
 - Elaborar y difundir las Circulares pertinentes sobre los asuntos más relevantes relativos a receta electrónica.
 - Emisión de los certificados digitales en soporte criptográfico para la firma de la dispensación de recetas.

Durante todo el proyecto el Colegio Oficial de Farmacéuticos participó activamente junto con el SMS en la detección, resolución y seguimiento de incidencias.

El balance final fue el siguiente:

- Sesiones formativas a formadores (médicos de centros asistenciales y gerencias):
 - Talleres de formación de 18 horas de duración para 8-10 formadores cada uno y preparación exhaustiva de la formación de receta electrónica.
 - Más de 25 jornadas (+200 horas) de formación a formadores.
 - Más de 90 formadores formados.
 - 83 zonas básicas de salud incluidas.
- Provisión de certificados electrónicos para profesionales:
 - Emisión de más de 1200 certificados electrónicos.
 - Creación de 10 oficinas acreditadoras distribuidas en las diferentes áreas de salud.
 - Formación de 25 agentes autorizados para la expedición de los certificados.
- Sesiones formativas en receta electrónica en los centros de salud:
 - 90 profesionales actuando como formadores y responsables en sus equipos.
 - 83 talleres de formación en los centros de salud de 6 horas de duración dentro del horario de trabajo.
 - Más de 1.000 facultativos formados en receta electrónica.

- Formación a las oficinas de farmacia en dispensación electrónica:
 - Más de 80 sesiones formativas a farmacéuticos, en locales de cada municipio/ayuntamiento de la zona básica de salud.
 - Más de 560 farmacias formadas y que se incorporaron a la dispensación mediante receta electrónica.
 - Más de 2.560 farmacéuticos han recibido formación y han realizado dispensaciones de receta electrónica.
- Se hicieron dos rondas de refuerzo formativo presencial en los centros de salud, una vez implantada la receta electrónica.
- Durante todo el proyecto se hicieron también reuniones de seguimiento semanales para técnicos y evaluación de situación y reuniones mensuales para seguimiento directivo.
- Como resultado final, durante el mes de diciembre de 2015 se dispensaron por receta electrónica el 51% del total.

1.3 Proyecto de atención integral a pacientes crónicos complejos

El Plan de Salud de la Región de Murcia (2010-2015) incluye el envejecimiento dentro de una acción transversal de lucha contra las desigualdades en salud. Los enfermos crónicos son personas que normalmente padecen más de una patología, de naturaleza crónico-degenerativa, que se acompaña de una incapacidad que les hace dependientes en mayor o menor grado de sus familiares, cuidadores y del sistema sanitario quedando algunos confinados en sus domicilios o en instituciones. Parece existir un consenso generalizado, tanto por parte de las autoridades sanitarias como de los profesionales, de que debe producirse una nueva orientación para mejorar la atención de las enfermedades crónicas.

La atención a personas con problemas crónicos constituye uno de los retos más importantes que tiene que afrontar el sistema de salud. Independientemente de la adaptación de elementos de los diferentes modelos de atención a la cronicidad, existen intervenciones organizativas prioritarias en la mejora del abordaje a estos pacientes, entre las que destacamos el fortalecimiento del papel de los equipos de Atención Primaria (AP), la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, especialmente entre AP y Atención Hospitalaria (AH), y la reorganización de la atención y la fluidez de los circuitos por los que los pacientes crónicos circulan dentro del sistema sanitario público.

El objetivo principal del proyecto es mejorar la calidad de la atención que se presta a los Pacientes Crónicos Complejos (PCC) del Área de Salud VI de la Región de Murcia, mediante la actuación sobre los circuitos de comunicación entre niveles asistenciales.

Para alcanzar este objetivo es necesario fomentar el trabajo en equipos multidisciplinares, definir las funciones y responsabilidades de los distintos profesionales implicados en el abordaje de la cronicidad, evitar la fragmentación y duplicidad en la atención, conocer los niveles de complejidad y comorbilidad de los pacientes crónicos complejos que ingresan en el hospital, adecuar el número de ingresos hospitalarios y de estancias hospitalarias de los PCC a las necesidades de los mismos, conocer el número de consultas tanto hospitalarias como de AP de estos pacientes, conocer y analizar el perfil farmacoterapéutico de los PCC, establecer estrategias de conciliación terapéutica, y alargar los periodos de estabilidad del paciente en su domicilio y, por tanto, disminuir el número de reingresos hospitalarios.

La población a la que va dirigido el proyecto son los pacientes del Área de Salud VI que han sido considerados como PCC por presentar dos o más patologías crónicas definidas por el Índice de Comorbilidad de Charlson (versión abreviada) y que han presentado al menos dos ingresos

hospitalarios en el último año, siendo un ingreso en Medicina Interna (MI) incluida la Unidad de Infecciosas y la Unidad de Corta Estancia (UCE) y el otro también en MI o en especialidades médicas relacionadas (cardiología, neumología, neurología, endocrinología, nefrología y reumatología).

Se han realizado 2 fases para la puesta en marcha del Programa:

Fase I, estática o cerrada, que ha servido de pilotaje del Programa. Entre el 1 de febrero de 2015 y el 30 de septiembre del 2015. Población con los criterios definidos a fecha 1/2/2015, y con 171 pacientes.

Fase II, dinámica o abierta. A partir del 1 de octubre de 2015. Los pacientes que cumplen los criterios a partir de esa fecha son incluidos automáticamente en el Proyecto.

Las acciones realizadas son:

- Acciones en Atención Primaria
 - Información al paciente y/o cuidador (la da el médico y/o enfermera de AP).
 - Valoración integral inicial del PCC a cargo del médico y enfermera de AP. Esta valoración se realiza en el centro de salud, o bien en el domicilio del paciente en caso de que éste tenga problema de desplazamiento. La valoración integral consta de los siguientes contenidos:
 - Mejorar la calidad y fiabilidad de la información clínica sobre el paciente, mediante revisión de historia clínica: actualización de diagnósticos y tratamientos.
 - Valoración por la enfermera comunitaria, según los patrones de M. Gordon, orientada hacia la exploración de la capacidad para el autocuidado, con identificación de los problemas.
 - Cumplimentación del protocolo de OMI-AP *Valoración del Paciente Crónico Complejo*, que incluye: valoración sociofamiliar, valoración del Índice de Comorbilidad de Charlson reducido, valoración del grado de dependencia mediante el Test de Barther, valoración del nivel cognitivo mediante el Test de Pfeiffer, presencia de cuidador e identificación y características del mismo, valoración de la necesidad de cuidados y propuesta de intervención.
 - Realización y actualización de los Planes Personales correspondientes a cada patología propia del PCC y que se incluyen en la historia clínica OMI-AP.
- Acciones en Atención Hospitalaria
 - Se da prioridad a su hospitalización en el área de medicina interna. Cada PCC tiene asignado un Internista de Referencia (IR), que es el mismo tanto en hospitalización como en consultas externas. Durante el proceso asistencial están en contacto el médico de AP y el internista de referencia a través de la enfermera de enlace y/o los cauces de comunicación habituales.
 - Se hace una planificación precoz del alta hospitalaria, en la que se valoran las necesidades del paciente, familia y entorno. Al alta, se les realiza un informe de continuidad de cuidados, que recoge los problemas activos y el grado de dependencia. Este informe se entrega al paciente y la enfermera de enlace se lo comunica al médico y enfermera de AP.
 - Enfermera de enlace
 - Su función principal es la de ser gestora de la información de eventos surgidos durante la asistencia al paciente en los diferentes circuitos de atención al PCC, así como facilitar la comunicación entre AP y AH. Asegura la continuidad asistencial, propiciando una respuesta coordinada y única que proporcione asistencia al paciente y apoyo a la persona cuidadora.
 - Servicio de farmacia
 - La actividad del farmacéutico en la atención al paciente con enfermedades crónicas, pretende analizar el tratamiento farmacoterapéutico de estos pacientes, que suelen ser pluripatológicos, intentando favorecer el adecuado cumplimiento y analizando los

posibles problemas relacionados con los medicamentos que puedan presentarse. Sus actividades se desarrollan en relación a la conciliación, adherencia y adecuación del tratamiento a través de la emisión del Informe Farmacoterapéutico.

- Servicios Sociales
 - Por todos los riesgos socio-sanitarios que conllevan los pacientes con enfermedades crónicas, las trabajadoras sociales actúan al ingreso, en la estancia y al alta, analizando en cada caso los diferentes aspectos que presente el enfermo: situación familiar, económica, vivienda, etcétera, utilizando los recursos existentes de forma racional para alcanzar la recuperación y la integración social en su medio habitual siempre que sea posible. La labor de las trabajadoras sociales queda recogida en la historia clínica informatizada del paciente mediante el correspondiente informe social.
 - Toda la información relativa al paciente, así como los cuestionarios que se realizan están contenidos en la historia clínica informatizada de AP (OMI-AP) y en la historia clínica hospitalaria (Selene) y están sometidos a la protección de datos definida para ambos sistemas. Los registros externos están codificados, identificándose únicamente por un número y no contienen datos personales. Toda la información recogida, al igual que los datos socio-demográficos son tratados de manera totalmente confidencial y secreta.
- Resultados
 - Hacen referencia a la población incluida en el proyecto en su Fase I o fase estática. Al inicio del proyecto, 1 de febrero de 2015, cumplían las características definidas de PCC 171 pacientes que fueron incluidos en su totalidad. Tenían una edad media de 78 años, siendo el 54% mujeres y el 46% hombres. Presentaba dos criterios Charlson el 22,1% de los pacientes, 3 criterios el 24,7% y 4 o más criterios el 53,2%.
 - Analizando los resultados tras la puesta en marcha del proyecto, desde el 1/2/2015 al 30/9/2015, y comparándolos con los del mismo periodo de tiempo del año anterior para el conjunto de 132 pacientes supervivientes encontramos que el número de ingresos descendió de 345 a 118 (una reducción del 66%); la media de pacientes hospitalizados por día descendió de 13,4 a 4,4; el número de asistencias en el área de urgencias bajó de 534 a 294 (reducción del 45%), y el número de consultas externas se redujo de 678 a 589 (reducción del 23%).

1.4 Sistema de Información de Enfermedades Raras de la Región de Murcia

Las Enfermedades Raras (ER) constituyen un conjunto de patologías caracterizadas por su baja prevalencia (inferior a 5 casos por 10.000 habitantes), su complejidad, y su impacto en la calidad de vida y/o esperanza de vida de las personas que las padecen. Debido al elevado número de personas que afectan en su conjunto, así como la carga de enfermedad y alto grado de discapacidad que conllevan, las ER suponen actualmente un importante problema de salud pública, lo que ha motivado el desarrollo de numerosas iniciativas, tanto en el ámbito nacional como internacional, orientadas a ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de los afectados y de sus familias.

En el año 2009, siguiendo las recomendaciones de la Estrategia en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud, así como lo establecido en el Plan de Salud de la Región de Murcia, se creó el *Sistema de Información sobre Enfermedades Raras de la Región de Murcia* (SIER), bajo la dependencia de la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e

Investigación, adscrito al Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. El SIER es un registro de base poblacional de uso administrativo, clínico y epidemiológico que integra toda la información disponible en más de 40 fuentes de información distintas sobre pacientes con enfermedades raras. Una normativa específica establece los criterios para su gestión y funcionamiento (Decreto n.º 223/2015, de 16 de septiembre), en la que se incluye la obligatoriedad de la notificación de casos sospechosos de ER en todos los centros sanitarios públicos y privados de la Región.

El SIER forma parte de un proyecto liderado por el Instituto de Salud Carlos III, junto al resto de comunidades autónomas de la Red Española de Registros de Enfermedades Raras para la Investigación (Spanish Rare Diseases Registries Research Network-Spain – RDR). Su objetivo es armonizar la información de los diversos registros para la creación de una red de registros de ER en España. Esta experiencia piloto ha permitido la posterior creación del Registro Estatal de Enfermedades Raras (RD 1091/201, BOE 24/12/2015).

Entre sus resultados cabe mencionar la elaboración de diferentes informes sobre estas enfermedades, el coste de las altas hospitalarias, los ingresos y la morbilidad hospitalaria, en los que se sentaron sus bases metodológicas y de funcionamiento. En 2012 se publicó una primera monografía titulada *Aproximación a las enfermedades raras en la Región de Murcia 2002-2009* en la que se identifican y analizan un total de 33.763 casos nuevos cuyos resultados, junto con el resto de informes, está disponible en www.murciasalud.es/sier.

A finales de 2015 se ha editado una nueva monografía, esta vez sobre *Prevalencia de enfermedades raras en la Región de Murcia 2013*, en la que a 31 de diciembre del año 2013 se contabilizaron un total de 65.125 personas vivas residentes en la Región de Murcia con alguna de estas enfermedades (4,4 % de la población murciana). Estas personas acumulaban un total de 75.570 patologías (515,2 casos por cada 10.000 habitantes) sin presentar diferencias entre sexos (516,1 en mujeres y 513,6 en varones). Por grupo de enfermedad, fueron las *Anomalías congénitas* quienes registraron el mayor número de casos (26% del total), con una tasa de 133 casos por cada 10.000 habitantes (128,9 mujeres, 138,1 varones). A continuación figuran *Otras miocardiopatías primarias*, seguida de *Otras anomalías congénitas especificadas*. Además, un tercio de las personas tenía reconocimiento oficial de discapacidad (34,0% mujeres, 33,5% varones) presentando una cuarta parte de ellos el grado máximo (grado 5).

De cara al futuro, el SIER pretende incrementar la representatividad y exhaustividad del registro mediante el aumento de las fuentes de información del sector socio-sanitario, así como la declaración de casos por parte de todos los profesionales sanitarios; mejorar la calidad y celeridad en la explotación de datos creando procesos automatizados, y la puesta en marcha de herramientas de evaluación de la calidad de vida de los afectados y sus familias.

1.5 Proyecto IntégraME

Las personas que padecen esquizofrenia tienen una esperanza de vida un 20% menor que el resto de la población, sufriendo de 2 a 4 veces más síndromes metabólicos. Sin embargo, sus problemas de salud física están frecuentemente desatendidos al centrar toda la atención en sus problemas mentales. El Proyecto IntégraME nace fruto de un acuerdo de colaboración entre la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia y la compañía Janssen-Cilag con un doble propósito:

- Mejorar el control de los factores de riesgo y las enfermedades físicas en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en AP.
- Implantar un programa de continuidad de cuidados que incluye la detección precoz de recaídas y la adherencia al tratamiento.

Para conseguir estos objetivos, se estableció un procedimiento de trabajo estructurado en tres fases:

- *En la primera fase* se realizó un corte para conocer la situación de partida en cuanto a episodios activos con código P72 (esquizofrenia y otras psicosis), controles de presión arterial, controles de glucemia, controles de colesterol, IMC, condición fumador o no fumador, cuantificación del consumo de alcohol, condición de consumo de drogas y la existencia de comorbilidad de diabetes, HTA, obesidad e hiperlipidemias, así como su seguimiento en AP.
- *En la segunda fase*, se elaboró un protocolo de detección precoz de síntomas y signos positivos y negativos, coordinando la derivación, el seguimiento y continuidad de cuidados de enfermería entre atención primaria y los dispositivos de salud mental.
- *En la tercera fase*, se diseñaron actividades de formación en las áreas de mejora identificadas y se definió un plan de acción. Este plan incluía la realización de una formación en cascada por áreas sanitarias (formación de formadores) con la idea de alcanzar al mayor número posible de médicos de familia y enfermeras de todos los equipos de atención primaria de la Región.

En los talleres participaron un médico de familia y enfermera por centro de salud y profesionales de los centros de salud mental de referencia (al menos, psiquiatra y enfermera). La formación se replicaba en los centros y se ponía en marcha el protocolo de continuidad. Se facilitó a cada centro el listado de pacientes con códigos P72 y la situación de partida en cuanto a control y seguimiento de Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV).

Dos meses después se llevó a cabo una segunda sesión con formadores (2 h.) para presentar casos clínicos (1 caso/CS), compartir experiencias con pacientes y revisar la codificación diagnóstica pre-post. En todas las áreas se revisó y mejoró la codificación diagnóstica.

Tras un año de trabajo se realizó una tercera sesión (2 h.) para revisar la codificación y seguimiento de los factores de riesgo pre-post y las experiencias de continuidad asistencial entre atención primaria y salud mental. El proceso finalizó tras un año de intervención en 8 de las 9 áreas sanitarias, quedando pendiente el segundo seguimiento en el Área I de Murcia, habiéndose formado a más de 700 médicos y enfermeras de los centros de salud.

Tabla 1-1 Participación y formación de los profesionales de los centros de salud, 2015

Área	Participantes EAP	Participantes de Salud Mental	Formadores		Profesionales formados en los centros			
			Médico familia	Enfermera	Médico familia	Enfermera	Matrona	Trabajador social
I	13 de 14 (92,8%)	3	12	14	97	68	2	2
II	12 de 16 (75,0%)	4	15	16	107	101	1	1
III	7 de 8 (87,5%)	8	7	7	80	56	5	1
IV	4 de 6 (66,7%)	2	6	7	26	28	--	--
V	1 de 3 (33,3%)	4	2	3	8	9	--	--
VI	11 de 15 (73,3%)	6	15	12	65	54	--	1
VII	10 de 10 (100,0%)	4	11	10	65	58	2	1
VIII	2 de 5 (40,0%)	2	4	5	10	14	--	--
IX	4 de 4 (100,0%)	2	4	4	15	23	--	--
Total	64 de 81 (79%)	35	76	78	376	343	8	4
			154		731			

Fuente: *Proyecto Intégrame: Resumen de resultados*. Marín López, J. et al. I Jornada de Atención Primaria y Salud Mental. Murcia, 5 de noviembre de 2015.

Los resultados de este proyecto se han plasmado en el cierre de más de 800 episodios (P72) que estaban mal codificados y la apertura de más de 500 episodios con diagnóstico de esquizofrenia que anteriormente no tenían diagnóstico en la historia clínica.

La coordinación ha logrado mejoras en el registro y seguimiento de los factores de riesgo de personas con diagnóstico de esquizofrenia, que antes no recibían este tipo de seguimiento.

Tabla 1-2 Resultados del seguimiento de factores de riesgo en personas con episodios activos de esquizofrenia y otras psicosis, 2015

Registro de parámetros	Primer corte (%)	Segundo corte (%)
¿Fuma?	29,9	43,6
¿Consume alcohol?	28,1	34,6
¿Consume drogas?	7,0	9,3
Control de IMC	23,5	33,6
Alguna determinación de presión arterial	28,8	51,0
Alguna determinación glucemia	32,1	54,1
Alguna determinación colesterol	32,9	54,7

Fuente: *Proyecto Intégrame*: Resumen de resultados. Marín López, J. et al. I Jornada de Atención Primaria y Salud Mental. Murcia, 5 de noviembre de 2015.

1.6 Proyecto Euroempleo Salud Mental 2016-2020

Las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) constituyen un colectivo con importante presencia en nuestra sociedad. Un 25 % de la población mundial presenta o presentará algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida, mientras que estudios realizados en España indican que un 19,5 % de la población ha sufrido un trastorno mental a lo largo de su vida, y un 8,4 % en el último año.

En la actualidad, el objetivo clínico último en el manejo de los pacientes con TMG busca capacitarlos para desarrollar una vida plena, lo más productiva posible en todos los aspectos. El modelo de referencia que promueve estos objetivos es el Modelo de Recuperación y supone una visión más optimista del pronóstico de estas personas: *recuperación como capacidad de funcionamiento en la comunidad, tanto social como laboral, así como una relativa ausencia de psicopatología*.

Los programas de formación y empleo se consideran como complementarios a la atención sanitaria (tratamiento y rehabilitación) y contribuyen enormemente a mejorar el curso de la enfermedad mental con repercusiones positivas sobre el funcionamiento social, grado de satisfacción, autonomía personal y calidad de vida. Tienden a disminuir el uso de recursos sanitarios, especialmente los más costosos y *traumáticos* como pueden ser los de hospitalización, el uso de urgencias y de psicofármacos. Por otra parte, constituyen un soporte básico para asegurar la permanencia dentro de la comunidad de las personas con TMG, eliminando barreras y mejorando sus derechos ciudadanos básicos.

Para responder a estas necesidades surge el Proyecto Euroempleo Salud Mental, financiado por el Fondo Social Europeo y gestionado por el SMS, que propone una experiencia innovadora en relación a la incorporación laboral del colectivo de personas con TMG que facilite la incorporación social y laboral y genere sinergias positivas con la red de Salud Mental, reduciendo el número de ingresos y días de estancia de estos enfermos, así como que se generen actitudes positivas para el empleo de estas personas y fórmulas que hagan compatible su enfermedad con el empleo.

Los objetivos del proyecto son:

- Introducir dentro de la cultura asistencial de la Red de Salud Mental la perspectiva del empleo como una herramienta útil y esencial en la recuperación de las personas con TMG.
- Sensibilizar a profesionales sanitarios, medio empresarial, ONGs relacionadas con TMG y población general sobre la importancia y el derecho al empleo de este colectivo, incidiendo en la reducción del estigma asociado a dichas patologías.
- Establecer una colaboración de todas las entidades relacionadas con el empleo para optimizar fórmulas de cooperación intersectorial, por medio de una comisión asesora para el desarrollo de acciones relacionadas en el ámbito sociosanitario.
- Poner en marcha actividades que incluyan procesos de captación de personas con TMG con motivación para el empleo, su evaluación, orientación y el diseño de itinerarios de inserción, la prospección de empresas y oportunidades de formación y empleo y el acompañamiento en el puesto de trabajo.
- Diseñar proyectos de investigación sobre resultados esperados, repercusión sobre indicadores clínicos (número y días de internamiento, uso de urgencias...), retorno social, *M-Health*...
- Compartir experiencias y buenas prácticas con servicios y proyectos de otras comunidades y estados de la Unión Europea.

Para alcanzar estos objetivos se han puesto en marcha las siguientes acciones:

- Contratación de nueve insertores laborales que formarán parte de Equipo de Salud Mental de Área y que tendrán como función genérica propiciar el acceso al mercado de trabajo, facilitar el reclutado de personas con TMG, su evaluación y elaboración de su itinerario de inserción, informando sobre oportunidades de formación, realizando prospección de empleo y acompañamiento de personas con TMG en su lugar de trabajo.
- El desarrollo de este proyecto exige el conocimiento de las experiencias en marcha en otras comunidades y la formación específica tanto de los gestores del proyecto, de los insertores y de todos aquellos profesionales que como colaboradores participan en él.
- Ayuda a empresas, entidades sin ánimo de lucro y corporaciones locales para la contratación.
- Apoyo a proyectos empresariales/iniciativas de generación de empleo.
- Becas de formación en empresas, entidades locales y entidades sin ánimo de lucro.
- Actividades de investigación y difusión de resultados.
- Acciones de sensibilización a empresas, agentes sociales, entidades locales y entidades sin ánimo de lucro, para el desarrollo de la responsabilidad social.
- Intercambio de experiencias a nivel transnacional.

Los resultados esperados del proyecto son:

- Contratación de 560 personas con enfermedad mental o drogodependencia.
- Evaluación del retorno social de la inversión.
- Implementación de una red de empleabilidad en cada una de las áreas sanitarias con participación de recursos sanitarios y sociales.

1.7 Enfermedades profesionales en la Región de Murcia

Las Enfermedades Profesionales (EEPP) son una de las principales causas de morbi-mortalidad evitable en los países desarrollados. Para el año 2004 se realizó una estimación de 16.000 muertes por EEPP en España⁽¹⁾, más de la mitad de ellas por tumores malignos (9.400), superando la mortalidad por EPOC, demencia, DM, cánceres de colon o de mama, HTA o tráfico.

El registro de EEPP estuvo muy por debajo de estas estimaciones (6 registros de tumores malignos de 9.400 estimados) y fue casi nulo para la mortalidad por EEPP (sólo 2 casos registrados).

Con este proyecto se pretende aumentar la declaración de EEPP y ayudar a hacerla visible, para poder prevenir y tratar sus causas. Esto supondría un impacto en salud y un ahorro para el sistema público de salud, que asume habitualmente su coste -tanto de la atención sanitaria como de las prestaciones de la Seguridad Social (bajas e indemnizaciones)- al pasar desapercibidas como enfermedad común en lugar de EEPP, cuya responsabilidad de asistencia y asunción de costes corresponde a las mutuas.

Para la puesta en marcha del proyecto se ha elaborado un Protocolo de Comunicación de Sospechas de EEPP y se han diseñado herramientas de ayuda en el aplicativo de la historia clínica en atención primaria, entre las que destacan:

- Un Buscador de Enfermedades Profesionales que encuentra inmediatamente todas las entradas relacionadas con la palabra buscada (puesto de trabajo, agente o enfermedad) y las muestra por orden de relevancia, permitiendo así identificar si la enfermedad, el agente o el puesto de trabajo pueden ser declarables como enfermedad profesional.
- Un asistente de sospechas que alerta sobre diagnósticos que pueden tener un origen laboral, informando del puesto de trabajo relacionado y agentes causantes.
- La creación de un fichero que recoge las sospechas realizadas en la jornada laboral previa para su comunicación a las mutuas a partir del día siguiente.

Tras el primer año de despliegue se logró un incremento del registro de EEPP del 68,7% (de 508 a 857). Las EEPP con baja aumentaron un 17% (de 323 a 378) y las EEPP sin baja se incrementaron en un 159% (de 185 a 479).

En los cambios de contingencia, la facturación a las mutuas por asistencia (sin contar prestaciones) ascendió a 95.896,9 euros, estimando en más de un millón de euros la asistencia de las 857 EEPP de 2015.

En este primer año de despliegue regional se ha conseguido superar el objetivo planteado a priori de aumento de registro de EEPP, rompiendo la tendencia histórica y potenciando la cultura de detección de EEPP en todos los agentes.

¹ García AM, Gadea RM, López V. Estimación de la mortalidad atribuible a enfermedades laborales en España, 2004. Rev. Esp. Salud Pública 2007; 81:261-270.

2 Infraestructuras sanitarias

El Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB) se constituye al amparo de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que propicia la configuración de institutos de investigación sanitaria que serán acreditados a propuesta del Instituto de Salud Carlos III, de conformidad con lo dispuesto en el Real Decreto 339/2004, de 27 de febrero, por el que se establece el procedimiento de acreditación de los institutos de investigación sanitaria, fijándose los fines y requisitos.

Por lo que respecta al ámbito de la Región de Murcia, el Plan Regional de Ciencia y Tecnología 2007-2010 establece como acción prioritaria la creación del IMIB. Igualmente, se contempla su creación en el Plan Estratégico de Desarrollo de la Región de Murcia 2007-2013 como centro público gestor de la investigación excelente en Biomedicina y Ciencias de la Salud. Por último, se presenta su creación como una línea clave del Plan Estratégico de Investigación Biosanitaria (2008-2012) de la Región de Murcia.

En este contexto, el IMIB tiene por finalidad fomentar, desarrollar e integrar la investigación biosanitaria de excelencia en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, así como en el entorno geográfico o colaborativo del mismo, con especial atención a aquella investigación de carácter cooperativo, transversal y multidisciplinar y con objetivo marcadamente traslacional.

El IMIB viene auspiciado por el gobierno regional a propuesta de la Consejería de Sanidad y Política Social, con la colaboración de la Consejería de Universidades, Empresa e Investigación, el Servicio Murciano de Salud, la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia, la Universidad de Murcia, configurándose como un instrumento al servicio de las políticas sanitarias y de ciencia y tecnología de la Región de Murcia.

El IMIB carece de personalidad jurídica propia, por lo que los actos jurídicos necesarios para la consecución de sus fines son adoptados por la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia, que se designa en el citado convenio como órgano de gestión del Instituto, sin perjuicio de las competencias de cada una de las instituciones que se asocian.

El IMIB se acreditó en enero de 2015 como instituto sanitario de acuerdo a los requerimientos exigidos por el Instituto de Salud Carlos III. El Instituto cuenta con un amplio número de grupos clínicos del hospital que interaccionan con grupos de orientación más básica procedentes de la Universidad de Murcia, buscando nuevas sinergias en la investigación biosanitaria.

Uno de los aspectos relevantes en el diseño y desarrollo del IMIB-Arrixaca ha sido ubicar a los grupos de investigación tanto clínicos como a los de orientación más básica en un mismo espacio físico, el edificio de Laboratorios de Apoyo a la Investigación Biosanitaria (LAIB), anexo al Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Ello ha sido posible gracias a un convenio entre la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia y la Universidad de Murcia, fraguado en el marco para potenciar el IMIB-Arrixaca. Otro de los objetivos fundamentales del IMIB-Arrixaca es el desarrollo de plataformas o servicios centrales del Instituto que den servicio a las necesidades de los grupos que la componen, con el principal objetivo de optimizar los recursos de investigación y estimular una investigación colaborativa y multidisciplinar de excelencia con vocación traslacional clínica.

Los grupos de investigación se aglutinan en 7 grandes áreas de investigación, las cuales a su vez se dividen en 34 líneas de investigación con más de 600 investigadores implicados.

3 Gestión económico-financiera

En el año 2013, la contabilidad analítica en los centros del SMS tenía escasa cobertura, ya que se limitaba a pocos hospitales y con un grado de desarrollo muy desigual entre ellos.

Ante esta situación se puso en marcha un proyecto de implantación de un sistema de contabilidad analítica realizada de forma centralizada, desde los Servicios Centrales que integra la atención primaria y la especializada.

Este proyecto permite conocer lo que cuesta un servicio clínico, sus actividades y productos (consulta, prueba diagnóstica, cuidado de enfermería, acto médico, estancia, proceso, GRD...), el volumen de los mismos y su relación con el resto de servicios.

Al realizarse la contabilidad analítica en todos los centros con criterios homogéneos, también permite establecer comparaciones de costes entre los distintos centros y proporcionará datos para establecer tarifas o precios públicos.

Y finalmente, permite comparar los costes internos de nuestros procesos con los costes de externalización para cualquiera de las modalidades de concertación (medios propios o medios ajenos).

En 2015 se ha realizado la parametrización básica de cada una de las áreas, la carga de los datos de costes de personal, los costes de funcionamiento y la actividad asistencial. Se ha realizado el cálculo del coste por paciente de las nueve áreas de salud del Servicio Murciano de Salud y del Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Este coste por paciente incluye todas las actividades realizadas a los mismos (consultas, pruebas, hospitalización, urgencias, cirugía, hospitales de día, unidosis, receta, prótesis, alimentación...) a falta, solamente, de la actividad por paciente relacionada con los laboratorios de algunos hospitales y de una parte de la actividad concertada abonada desde Servicios Centrales.

4 La organización de la asistencia sanitaria en zonas limítrofes

La única población fuera de los límites de la Región de Murcia a la que se presta asistencia sanitaria de forma regular es la residente en el municipio de Nerpio (Albacete), dependiente de la Comunidad de Castilla-La Mancha.

También existe una asistencia puntual, sobre todo de urgencia, a otros municipios o localidades de Castilla - La Mancha y Andalucía, pero que no entran en el concepto de asistencia *habitual*.

Tabla 4-1 Población del municipio de Nerpio según edad y sexo (grupos quinquenales), 2015

Edad	Hombres	Mujeres	Total
0-4	24	23	47
5- 9	30	23	53
10-14	29	31	60
15-19	45	20	65
20-24	31	36	67
25-29	42	32	74
30-34	35	30	65
35-39	56	36	92
40-44	66	40	106
45-49	61	56	117
50-54	54	39	93
55-59	43	26	69
60-64	37	34	71
65-69	26	40	66
70-74	62	48	110
75-79	52	64	116
80-84	50	40	90
85-	32	41	73
Total	775	659	1.434

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (I.N.E). Estadística Padrón Continuo a 1 de enero de 2015.

Tabla 4-2 Agrupación según tramos poblacionales del Fondo de Garantía Asistencial en menores y mayores de 65 años según sexo, 2015

Grupos de edad	Hombres	Mujeres	Total	%
< 65 años	553	426	979	68,3
> 65 años	222	233	455	31,7
Total	775	659	1434	100

Fuente: Elaboración propia a partir de I.N.E. Estadística Padrón Continuo a 1 de enero de 2015.

No existe un convenio/protocolo de colaboración entre ambas comunidades autónomas. En la etapa final de la legislatura pasada, desde el Servicio Murciano de Salud se propuso a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha un borrador de convenio, basado en la práctica habitual, que no tuvo respuesta oficial. Está pendiente de volver a proponerlo y debatirlo.

Al no haber ningún convenio firmado, no existe ningún régimen de compensación de forma de pago. La propuesta que se envió desde la Región de Murcia aplicaba las tarifas acordadas para las compensaciones del Fondo de Garantía Asistencial (FOGA) por asistencia especializada, con las correcciones necesarias en función de lo que finalmente se acordara entre las dos comunidades autónomas.

Existen reuniones periódicas entre la Gerencia del Área de Salud IV de la que depende el Hospital Comarcal del Noroeste, y la Gerencia del Hospital de Hellín, del que depende la asistencia especializada de Nerpio.

Actualmente no existe acceso a la historia clínica, aunque se podría habilitar, para los médicos de Nerpio, el acceso a la historia hospitalaria de sus pacientes y/o a la historia compartida del SMS, y/o a la historia compartida del Sistema Nacional de Salud. Los informes correspondientes se emiten, por las dos partes, en papel.

Los ciudadanos mantienen su tarjeta sanitaria individual emitida por el Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM) y con ella se les atiende cuando son derivados o acuden al Hospital Comarcal del Noroeste. No obstante, en este Hospital, se les registra como pacientes desplazados procedentes de la Comunidad de Castilla-La Mancha, para asignarles un CIP autonómico y un número de historia clínica vinculado al mismo, aunque como atención especializada no se incluye ningún tipo de apunte de compensación en el FOGA.

Cartera de servicios:

- La atención primaria de salud se presta desde el Centro de Salud de Nerpio, con financiación íntegra por SESCAM. No forma parte de las prestaciones sistemáticas que presta a los ciudadanos de Nerpio la Región de Murcia y, por lo tanto, no forma parte del posible objeto del convenio, salvo asistencia puntual por la Unidad Medicalizada de Emergencia (UME) de Caravaca, que puede ser compensada por los mecanismos ya aprobados para el FOGA, o salvo que la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha plantease otras necesidades.
- Se presta asistencia especializada sistemática mediante derivación directa de los médicos de atención primaria de Nerpio en las siguientes situaciones:
 - Analítica: se suministran desde el Hospital de Caravaca tubos y material específico de extracción e impresos homologados de analítica. La extracción y recogida de muestras se realiza en Nerpio, por personal del SESCAM, y se envía, por procedimientos de mensajería contratados por el SESCAM, al Hospital de Caravaca. Una vez realizada la analítica en el Hospital de Caravaca se envían los resultados al Centro de Salud de Nerpio.
 - Exploraciones complementarias de imagen (radiología básica, ecografía, TAC, RNM, endoscopia digestiva...) u otras: se aceptan las peticiones que se reciben en el Hospital Comarcal de Noroeste, aplicando la misma cartera de servicios a la que tienen acceso los médicos de atención primaria de Murcia, tanto si son pruebas que el propio hospital puede realizar, como si hay que gestionarlas en centros concertados.
 - Interconsultas a las especialidades que forman parte de la cartera de servicios del Hospital Comarcal del Noroeste (Caravaca) y/o derivaciones a urgencias hospitalaria y/o para ingreso: se aceptan todas las derivaciones procedentes de médicos del Centro de Salud de Nerpio. Una vez valorada la derivación, si no forma parte de la cartera de servicios del Hospital Comarcal del Noroeste, se tramita al Hospital de Hellín para que la asuma con recursos propios o proceda a la derivación a hospitales de referencia de la Comunidad de Castilla-La Mancha.
 - Se realiza dispensación hospitalaria de fármacos a la población de Nerpio, pero no se dispone de información para afirmar que esa asistencia sea exclusiva.
 - Transporte sanitario: actualmente lo asume íntegramente la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha, salvo excepciones puntuales de extrema urgencia.

- Atención de emergencias: lo asume Castilla - La Mancha, salvo situaciones puntuales que se asumen desde la UME (061) de Caravaca y que se pueden compensar como *asistencia fuera de hora* contempladas como excepcionales en los mecanismos de compensación del FOGA.
- Otras prestaciones: posibilidad de asistencia urgente por parte de la UME; posible apoyo a catástrofes, que sería asumido sin necesidad de compensación; posibles derivaciones a hospitales de tercer nivel (servicios de referencia) o farmacia hospitalaria de alto coste, que serían asuntos a debatir.

Tabla 4-3 Actividad asistencial en el hospital Comarcal del Noroeste derivada de la atención prestada a la población de Nerpío, 2013-2015

Actividad Hospital Comarcal del Noroeste	2013	2014	2015
	Número	Número	Número
Consultas externas	1.541	1.497	1.507
Primeras	657	629	619
Sucesivas	884	868	888
Exploraciones complementarias	16.631	16.797	17.649
Unidades analíticas	15.871	16.147	17.039
Radiología simple	500	421	361
Otras imagen	232	207	238
Endoscopia	28	22	11
Ingresos hospitalarios			
Nº ingresos	96	92	80
Estancias	712	589	549
Urgencias hospital	365	365	410
Intervenciones quirúrgicas	67	61	73
Urgentes	5	6	13
Programadas	62	55	60
Dispensación ambulatoria en los servicios de farmacia hospitalaria			
Pacientes	14	9	12
Envases	174	56	72

Fuente: Elaboración propia a partir del Registro de Actividad Existencial del Hospital Comarcal del Noroeste.

Cuestiones a considerar:

1. El Servicio Murciano de Salud, tramitó una propuesta de convenio en la etapa final de la anterior legislatura que, quizás por premura, no recibió ninguna contestación.
2. La actitud del Servicio Murciano de Salud es:
 - Considerar como un objetivo común, entre las dos comunidades, prestar la mejor asistencia sanitaria posible a la población afectada.
 - Al no ser población dependiente de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, pensamos que la iniciativa y/o la toma de decisiones depende fundamentalmente de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.
 - No obstante, desde las transferencias sanitaras (enero de 2002) no se ha adoptado ninguna acción limitativa por parte del Servicio Murciano de Salud que pudiera perjudicar a los ciudadanos de Nerpío y entendemos que la mejor opción es llegar a un acuerdo con la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, responsable directa de prestar y asegurar la asistencia sanitaria a estos pacientes.

Índice de tablas

Tabla 1-1	Participación y formación de los profesionales de los centros de salud, 2015	12
Tabla 1-2	Resultados del seguimiento de factores de riesgo en personas con episodios activos de esquizofrenia y otras psicosis, 2015	13
Tabla 4-1	Población del municipio de Nerpio según edad y sexo (grupos quinquenales), 2015	21
Tabla 4-2	Agrupación según tramos poblacionales del Fondo de Garantía Asistencial en menores y mayores de 65 años según sexo, 2015	21
Tabla 4-3	Actividad asistencial en el hospital Comarcal del Noroeste derivada de la atención prestada a la población de Nerpio, 2013-2015	23

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

AH	Atención Hospitalaria
AP	Atención Primaria

B

BOE	Boletín Oficial del Estado
BORM	Boletín Oficial de la Región de Murcia

C

CIP	Código de Identificación Personal
CS	Centro de Salud

D

DM	Diabetes Mellitus
----	-------------------

E

EE	Enfermera de Enlace
EEPP	Enfermedades Profesionales
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ER	Enfermedades Raras

F

FOGA	Fondo de Garantía Asistencial
FRCV	Factores de Riesgo Cardiovascular

G

GRD	Grupos Relacionados por el Diagnóstico
-----	--

H

HTA Hipertensión Arterial

I

I.N.E Instituto Nacional de Estadística

IMC Índice de Masa Corporal

IMIB Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria

IPREM Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples

IR Internista de Referencia

L

LAIB Laboratorios de Apoyo a la Investigación Biosanitaria

M

MI Medicina Interna

O

OMI-AP Oficina Médica Informatizada Atención Primaria

ONGs Organizaciones no Gubernamentales

P

PCC Pacientes Crónicos Complejos

R

RD Real Decreto

RDR Spanish Rare Diseases Registries Research Network-Spain

RNM Resonancia Nuclear Magnética

S

SESCAM	Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
SIER	Sistema de Información sobre Enfermedades Raras de la Región de Murcia
SMS	Servicio Murciano de Salud

T

TAC	Tomografía Axial Computarizada
TI	Tecnologías de la Información
TMG	Trastorno Mental Grave

U

UME	Unidad Medicalizada de Emergencias
UCE	Unidad de Corta Estancia