

Murcia enferma de pobreza



Asociación para la defensa
de la sanidad pública de la
Región de Murcia

Propuesta de ADSP-RM

Marzo de 2019

Por un sistema sanitario público universal en
la Región de Murcia que promueva la salud
mirando a sus determinantes sociales.

Propuesta dirigida a partidos políticos, gobierno de la Región de Murcia
y gestores del Sistema Nacional de Salud en la Región de Murcia



Contenido

| | |
|--|-----------|
| Resumen ejecutivo | 4 |
| Justificación | 5 |
| Breve análisis de situación de salud | 6 |
| • Datos demográficos. | 6 |
| • Bienestar y determinantes socioeconómicos. | 7 |
| • Indicadores de salud. | 7 |
| • Estilos de vida. | 8 |
| • Asistencia sanitaria. | 9 |
| • Recursos. | 10 |
| Propuestas | 14 |

Resumen Ejecutivo

El elevado gasto sanitario en la Región de Murcia desde que se asumieron las transferencias no ha conseguido mejorar globalmente la situación de salud de los ciudadanos murcianos por dos razones. La primera es que la inversión sanitaria se ha focalizado en la atención hospitalaria, el gasto farmacéutico y la alta tecnología olvidando la atención primaria y la salud pública. La segunda razón son los persistentemente negativos indicadores socioeconómicos regionales que imponen un techo de cristal a la salud que puede producir el sistema sanitario.

Este no demasiado positivo balance tras casi 20 años de transferencias obliga a una reconsideración profunda de prioridades y estrategias de cara a las próximas elecciones autonómicas. La ADSP-RM cree que este cambio de rumbo debe considerar siete aspectos nucleares:

- **Necesidad de un gran pacto político:** la defensa de una sanidad pública universal, accesible, sin copagos limitativos y que pivote sobre la atención primaria y la salud pública ya no debe ser más un asunto de confrontación política igual que, por ejemplo, no lo son otros temas como la defensa del medio ambiente, la lucha por la igualdad de género o la libertad de conciencia. Se puede discutir sobre cómo conseguir esos objetivos pero no sobre si son objetivos necesarios y compartidos.
- **Gestión eficiente y presupuestos realistas.** La única manera de poder gestionar la sanidad es contando con presupuestos realistas. La Región de Murcia es desde hace décadas una de las comunidades autónomas con más déficit sanitario de España. Es un "déficit político" que pretende justificar iniciativas privatizadoras con el argumento de la insostenibilidad.
- **Una urgente visión política amplia de las estrategias de salud integrando lo sanitario, lo salubrista, lo social y lo medioambiental.** En una comunidad autónoma con graves problemas socioeconómicos y ambientales no se puede desperdiciar ni un euro más en intervenciones sanitarias que no sean capaces de generar salud y equidad. La visión sanitarista se ha mostrado incapaz de mejorar los indicadores de salud regionales. La ADSP-RM propone potenciar la salud pública e integrar políticamente las estrategias no sanitarias saludables más importantes como medio ambiente y servicios sociales en una Consejería de Salud, Bienestar Social y Medioambiente.
- **Un sistema decididamente centrado en la atención primaria.** Es necesario pasar de las palabras a los hechos. No es posible una sanidad pública equitativa y eficiente sin una atención primaria fuerte. Una dinámica presupuestaria sin visón política siempre irá a remolque de lo urgente y lo tecnológico especializado con cada vez más beneficios marginales. La nueva apuesta política debe empezar por asegurar un presupuesto mínimo e incrementalista para la atención primaria de salud del 20% del total. Alcanzar este porcentaje supone un incremento de 140 millones de euros más de financiación anual (actualmente atención primaria se lleva un 13,2% del presupuesto)
- **Cuidando a los profesionales y gestionando su conocimiento.** Un sistema de salud con trabajos precarios y donde el sistema no articule la autonomía profesional necesaria para que puedan adaptar los recursos a las necesidades de los ciudadanos y comunidades es imposible que funcione. No son incentivos económicos sino profesionales los que han demostrado capacidad para mejorar la sanidad pública, incluyendo articular todas las potencialidades docentes y de investigación.
- **La apuesta democrática por la participación ciudadana, la salud comunitaria y la transparencia:** no es posible que en el gobierno del área política con la inversión económica más importante la participación ciudadana siga siendo una anécdota. Este proceso de democratización debe ser paralelo al acercamiento de las estrategias de salud pública a los municipios para evitar las inequidades territoriales no justificables y una apuesta radical por la rendición de cuentas y la transparencia en todas las decisiones, especialmente aquellas que afectan directamente a la salud percibida de las personas como la gestión de las listas de espera.
- **Gestión de la innovación sanitaria y la tecnología con criterios de rentabilidad pública:** la imparable innovación tecnológica médica muestra cada vez menos capacidad de mejorar la salud pública al aportar solo beneficios marginales individuales. Es importante que en la Región existan procedimientos transparentes de evaluación de las nuevas tecnologías para que seamos capaces de no privar de tecnologías eficaces a los enfermos y, a la vez, no dilapidar recursos en intervenciones sanitarias, medicamentos o tecnologías sin un claro valor añadido.

Justificación

Hay datos objetivos suficientes para afirmar que el sistema sanitario público de la Región de Murcia es poco eficiente, aún en mayor medida que en el resto de España. El gasto sanitario público por habitante es significativamente superior en la Región de Murcia que en el conjunto de España y sin embargo tenemos peores tasas estandarizadas de mortalidad general y también de mortalidad infantil y perinatal así como mayor morbilidad y mortalidad en varias de las enfermedades más prevalentes, con menos años de esperanza de vida al nacer tanto en hombres como en mujeres. Tenemos un sistema sanitario centrado en la atención especializada hospitalaria y en los servicios de urgencia con un menor porcentaje del presupuesto sanitario destinado a Atención Primaria comparado con el conjunto de España.

La Atención Primaria en la Región es poco accesible, siendo la única Comunidad Autónoma de España en la que los centros de salud están cerrados a partir de las 15 horas. Un sistema sanitario centrado en las consecuencias de las enfermedades en vez de en sus causas, centrado en la asistencia sanitaria a la enfermedad y que descuida gravemente la prevención y la promoción de la salud.

Es conocido que los niveles de salud y de enfermedad dependen en gran medida de determinantes sociales, de las condiciones de vida de los ciudadanos que en buena parte determinan sus estilos de vida. En la Región de Murcia tenemos mayores tasas de pobreza y de desempleo en relación con España así como peor nivel de instrucción, muy relacionado con la mayor prevalencia de sedentarismo, de sobrepeso en población adulta y muy especialmente de obesidad infantil, con mayor prevalencia de tabaquismo en población general.

Además hay que resaltar especialmente los riesgos medioambientales en una Región devastada por el modelo de desarrollo económico de los últimos 20 años basado en la agricultura intensiva y el boom urbanístico (el deterioro del Mar

Menor es un ejemplo paradigmático de las consecuencias de este modelo), las secuelas ambientales tóxicas de la explotación minera e industrialización de los años 60 y 70, la prevalencia de empresas altamente contaminantes (energéticas, ganaderas, turísticas...) en un contexto regulatorio muy débil, el escaso desarrollo de políticas de fomento del transporte activo y público (con una elevada utilización de vehículos a motor) y las consecuencias del cambio climático en una región que ya sufre una elevada desertización.

El mayor gasto sanitario por habitante con peores niveles de salud en comparación con el conjunto de España obliga a cuestionarse la baja eficiencia del sistema sanitario de la Región así como la gestión del mismo. En ocasiones el actual sistema sanitario de la Región parece responder a intereses privados ajenos a los de mejorar la salud de los ciudadanos. El cambio necesario no pueden quedarse en el discurso de reorientar el sistema hacia la prevención y la promoción de la salud y a la Atención Primaria como eje del sistema, reiterado por políticos de distinto signo y gestores desde hace años sin traducirse en acciones concretas que lo hagan realidad. Sobran los discursos de intenciones y es urgente aplicar planes y medidas concretas que reorienten el sistema sanitario hacia la prevención y la promoción de salud potenciando la Atención Primaria y que disminuyan el elevado gasto ineficiente que no se traduce en mejoras en los niveles de salud.

A las puertas de elecciones para un nuevo gobierno en la Región de Murcia y de una nueva legislatura de cuatro años la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de la Región de Murcia (ADSP-RM) propone en el presente documento acciones concretas para la reorientación y mejora del sistema sanitario en base a un breve análisis de la actual situación. Nos dirigimos a los partidos políticos con aspiraciones de gobernar la Región de Murcia con objeto de que valoren y debatan las propuestas presentadas y en su caso se comprometan con su aplicación.



Breve análisis de la situación de salud

No es objetivo del presente documento hacer un análisis de situación completo y detallado sino de destacar únicamente lo que desde la ADSP-RM se considera más relevante y fundamenta las propuestas que se hacen.

– Datos demográficos¹.

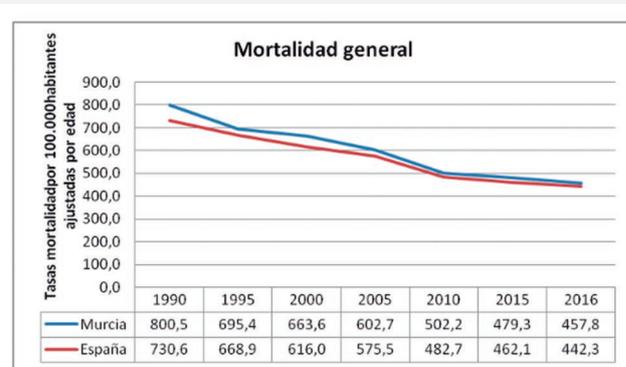
Las mejoras en las condiciones de vida y en asistencia sanitaria, en las últimas décadas son las causas del aumento de la esperanza de vida al nacer (nº de años que esperan vivir los miembros de la población considerada con un determinada tasa de mortalidad), que es mayor en España en 2017, (83,1 años en ambos sexos, y 80,4 y 85,7 años en hombres y mujeres, respectivamente)² que en la Región (82,4 en ambos sexos y 79,8 y 85,0 en hombres y mujeres respectivamente)³.

El Índice de dependencia (relación entre población en edades no activas: menores de 20 y mayores de 64 años, y la población entre 20 a 64, edades consideradas activas) es inferior en Murcia (51,8 en Murcia frente a 54,2 en España en 2018)⁴, ya que mantenemos mayor natalidad (10,2 en Murcia y 8,4 en España en 2017)⁵ y también mayor mortalidad (921,4 en Murcia y 842,5 en España en 2017)⁶.

La mortalidad (nº de personas fallecidas por 100.000 habitantes, ajustándolas por edad), ha ido disminuyendo en ambas poblaciones. Era muy superior en Murcia a la media nacional en 1990 y tiende a igualarse hasta 2016, por una mayor tendencia al descenso en Murcia (-42,8 % en Murcia y -39,5 en España), atribuible a un mayor descenso de la mortalidad por enfermedades de alta prevalencia como Cardiovasculares sobre todo y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, que

siguen manteniendo no obstante, mayores tasas en Murcia.

Datos recientes de la Consejería de Sanidad de Murcia, muestran que los años potenciales de vida perdidos (APVP redondeados a enteros) cuantifican la existencia de mortalidad prematura (como la suma de años no vividos por todas las personas residentes en la Región de Murcia fallecidas con 70 años o menos), o ha sido de 30.842 APVP para todas las causas, lo que representa un promedio de 12,95 años por cada fallecido. Los hombres representan el 68,1% y las mujeres el 31,9% restante de la mortalidad precoz. Entre los hombres, las primeras causas seleccionadas de APVP han sido el cáncer de pulmón (1.816 APVP y 5,9% sobre el total de APVP de ambos sexos), las enfermedades isquémicas del corazón (1.816 APVP y 5,9%), el suicidio (1.683 APVP y 5,5%), y los accidentes de tráfico (1.538 APVP y 5,0%). Para las mujeres, las causas seleccionadas con más APVP han sido para el cáncer de mama (787 APVP y 2,6% sobre el total de ambos sexos), seguido del cáncer de pulmón (652 APVP y 2,1%), y el suicidio (414 APVP y 1,3%).



Por Áreas de Salud en Murcia, las tasas de mortalidad estandarizadas por edad en relación con la población europea, muestran mayor tasa en el área de Cartagena en comparación con el resto de la Región, siendo esta diferencia estadísticamente significativa⁷.

La mortalidad infantil ha registrado tasas menores en 2017, en España en hombres (2,7 por mil nacidos, 3,0 en hombres y 2,4 en mujeres) que en Murcia (2,9 en total, 3,6 en hombres y 2,2 en mujeres)⁸.

Mortalidad precoz en Murcia



1. Los datos proceden del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social: <http://inclasns.msssi.es/main.html>, excepto en los que se especifique por notas al pie de página
 2. www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=2062&capsel=2054
 3. <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=2062&capsel=2055>
 4. <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=2077&capsel=2082>
 5. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1381>
 6. <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=5456&capsel=5457>
 7. https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/431976-BEM_ENERO_2019.pdf
 8. www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=1153

– Bienestar y determinantes socioeconómicos.

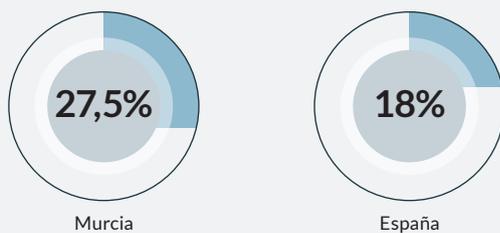
Bienestar.

Los Años de vida saludable eran en Murcia en 2016 inferiores a la media nacional (63,2 en España y 55,6 en Murcia) sobre todo en población mayor de 65 años (10,1 en España y 5,3 en Murcia).

El porcentaje de riesgo de mala salud mental en adultos es llamativamente superior en Murcia, (27,5%) que en España (18,0%) en 2017.

El porcentaje de personas que valoran positivamente su estado de salud son inferiores en Murcia en mayores de 65 años (42,1% en Murcia y 45,4% en España), mientras que en la población general es similar (75% en Murcia y 74% en España).

Riesgo de mala salud. 2017



Determinantes sociales y económicos

La tasa de pobreza, que era en Murcia en 2006, superior a la media nacional (27,4 en Murcia y 20,3 en España), se ha incrementado en 2017, en un 9,9% en Murcia y en un 6,4% en España, siendo en este último año estudiado de un 30,1% en Murcia y de un 21,6% en España.



La tasa de paro en el 2º trimestre de 2018 está por encima de la media nacional (16,3 y 15,3 respectivamente), siendo la cuarta con más paro de España⁹.

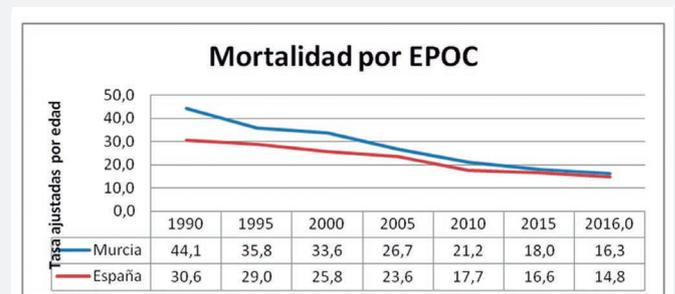
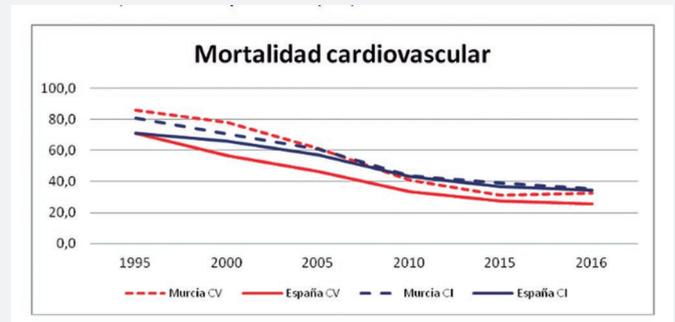
La proporción de población de 25 a 64 años con nivel de estudios de 1ª etapa de educación secundaria o inferior, ha sido y sigue siendo en Murcia superior a la media nacional en 2016 (49,9 en Murcia y 41,7 en España).

– Indicadores de salud.

Mortalidad.

La tasa de Mortalidad por Enfermedades Cerebrovasculares (CV), ajustadas por edad, por 100.000 habitantes, es superior en Murcia en 2016 en relación a la media nacional (32,4 y 25,7). No obstante, el descenso en porcentaje desde 1990, ha sido superior desde 1990 a 2016 en Murcia (-73,0 frente a -71,1 nacional).

Las tasas de Mortalidad por Enfermedades Isquémicas del Corazón (CI) por 100.000 habitantes, ajustadas por edad, siguen siendo en Murcia superiores a la media nacional, habiendo descendido más de 1990 a 2016 (-54,2 en Murcia y -49,8 en España).



En las tasas de Enfermedad pulmonar obstructiva crónica ajustadas por edad por 100.000 h., ocurre igual que con las

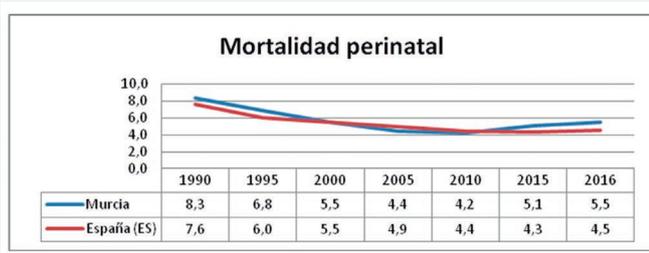
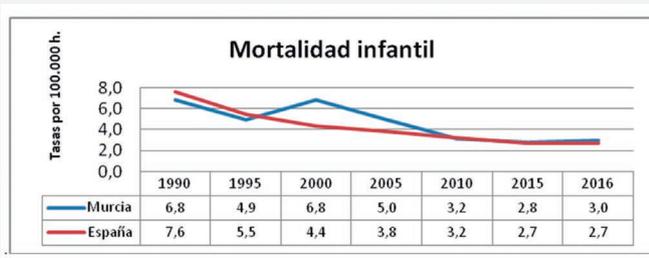
9. <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=4247>

vasculares, siguen siendo más elevadas en Murcia a pesar del superior descenso (-63,1 en Murcia y -51,8 en España).

Se mantienen más elevadas las tasas de mortalidad por 100.000 habitantes, ajustadas por edad, en la Diabetes (9,8 en Murcia frente a 8,9 en España en 2016) y en las Enfermedades crónicas del hígado (7,0 en Murcia y 6,4 en España en 2016).

Todas estas enfermedades directamente relacionadas con hábitos fundamentalmente tabaquismo, alcoholismo y forma de alimentarse, a su vez en relación con la pobreza, y el bajo nivel de instrucción, que como vemos son prevalentes en Murcia, mantienen esas diferencias, a pesar del superior descenso.

En la mortalidad infantil, el abrupto descenso que se inició en 2000, ha disminuido desde 2010 a 2016. La mortalidad perinatal incluso aumenta en este período.



Determinantes biológicos.

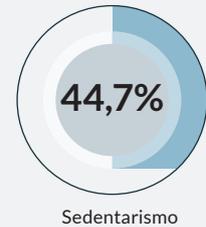
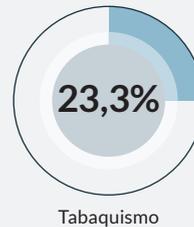
La prevalencia elevada de sobrepeso en población adulta (44,9 en Murcia y 37,0 en España en 2017), la obesidad en la población infantil (25,7 en Murcia y 18,3 en España en 2017) y sus consecuencias sobre la diabetes y a su vez con otras enfermedades con ella relacionadas, fundamentalmente las

cardiovasculares suponen una gran carga de morbilidad y mortalidad.

La obesidad se relaciona entre otras enfermedades, directamente con las artropatías por sobrecarga de rodilla y caderas, lo que supone también la necesidad de intervenciones quirúrgicas. Precisamente las consultas externas de traumatología tienen en la actualidad una larga lista de espera entre otros factores seguramente por elevada prevalencia de artropatías y consiguiente demanda.

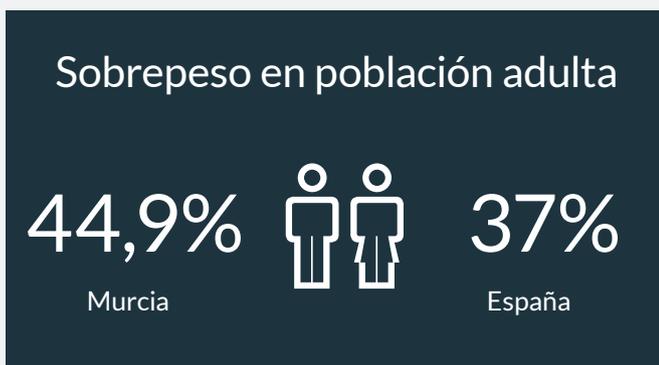
– Estilos de vida.

Dentro de los hábitos, la prevalencia de tabaquismo en Murcia es más elevado que en España en 2017 (23,3 en Murcia frente a 22,1 en España). No tenemos datos de 1990 que nos permitan corroborar el descenso superior en Murcia del hábito tabáquico, sin embargo desde 1993, si se observa un mayor descenso a expensas de la población femenina (-14,9% en Murcia y -9,6% en España).



Sigue siendo también más elevado el sedentarismo (44,7 en Murcia y 37,8 en España en 2016).

Respecto al alcoholismo, los datos publicados por el Ministerio de Sanidad, hacen referencia solo al consumo de riesgo, el cual no es elevado en Murcia en comparación con otras CCAA, sin embargo no se ha valorado el consumo global de alcohol. En este sentido, la mortalidad por enfermedades crónicas del hígado, superior en Murcia que la media nacional, pensamos sugiere un elevado consumo.



– Asistencia sanitaria.

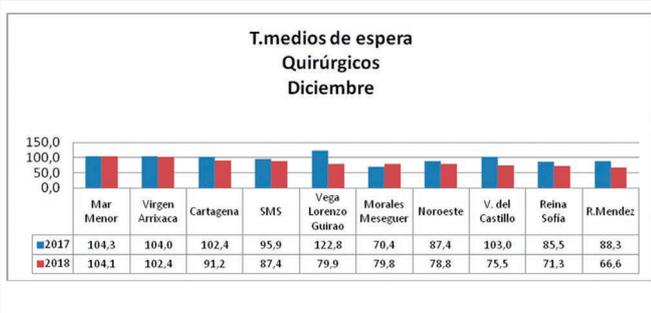
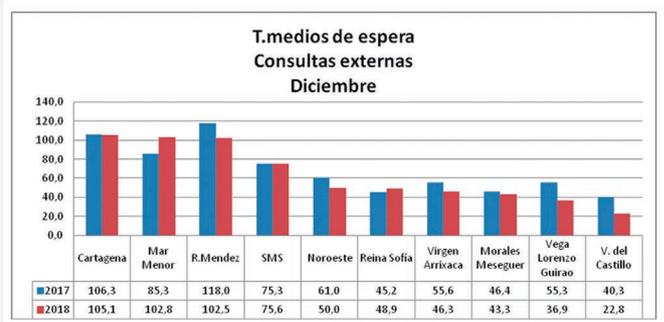
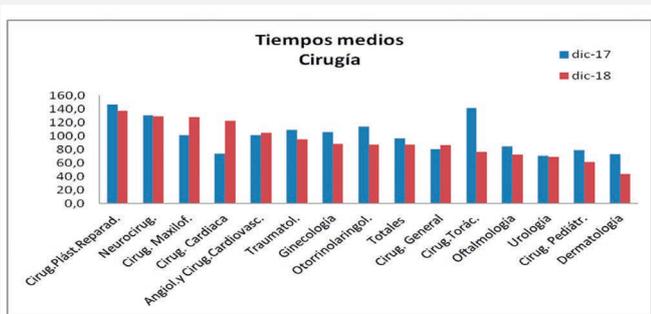
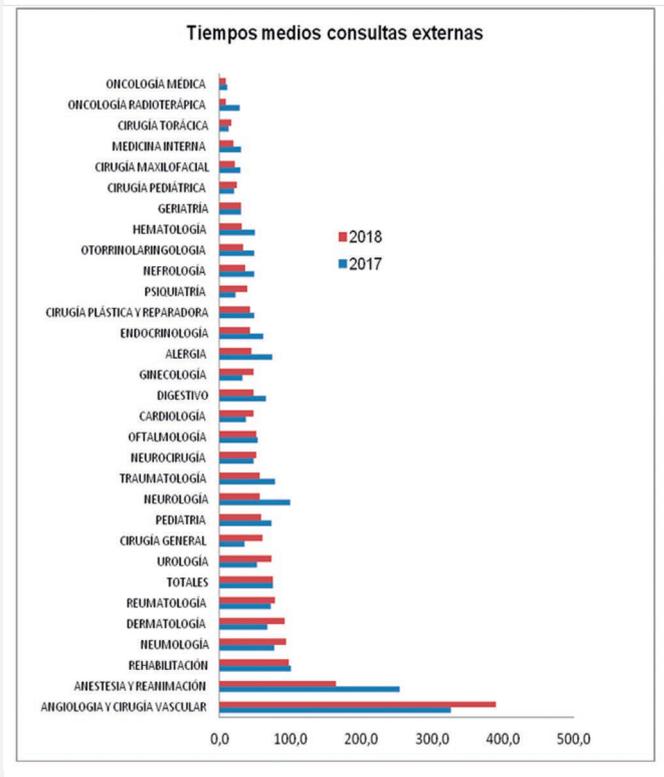
Accesibilidad. Listas de espera y demoras.

Datos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social¹⁰, nos muestran peor situación en Murcia en 2017:

- El nº de pacientes en espera para una primera consulta en Atención Especializada por 1000 hab. es en Murcia de 50,7 y en España de 45,9
- El nº de pacientes en espera para consultas de Traumatología por 1000 habitantes era de 11,5 en Murcia y de 7,8 en España
- El nº de pacientes en espera para una intervención quirúrgica no urgente por 1000 habitantes era en Murcia de 18,8 y en España de 13,1.

Datos recientes de diciembre de 2018, de la Consejería de Sanidad de Murcia¹¹, también nos muestran que si bien han disminuido los tiempos medios de espera en Cirugía, desde diciembre de 2017 a diciembre de 2018 (95,9 y 87,4 respectivamente), persisten grandes diferencias por Especialidades y por áreas de Salud.

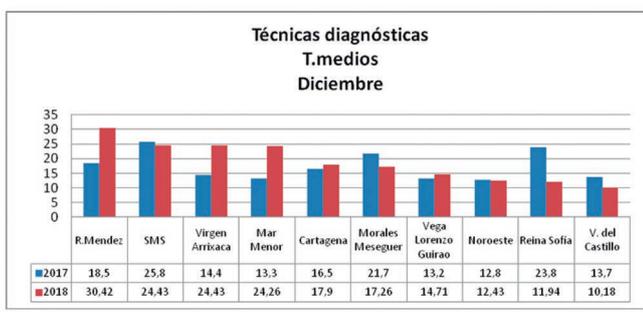
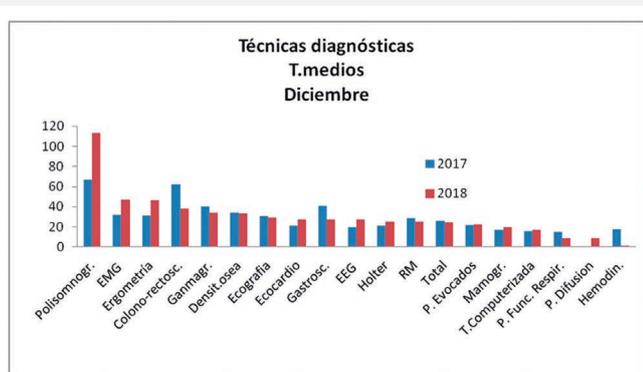
En consultas externas en el mismo período existe un mínimo aumento (73,3 en diciembre de 2017 a 73,6 en diciembre de 2018), con grandes diferencias también en Especialidades y Áreas de Salud:



10. <http://inclasns.msssi.es/main.html>

11. https://www.murciasalud.es/eq.php?op=buscar_trimestral&idsec=2336

Respecto a las técnicas diagnósticas existe igualmente una mínima disminución en los tiempos medios totales (25,8 en diciembre de 2017 y 25,4 en diciembre de 2018), con grandes diferencias según la técnica diagnóstica y el Área de Salud:



Demoras de primeras consultas de especialidades hospitalarias. Observatorio de la ADSP-RM¹²

Desde 2014 la ADSP-RM viene realizando, cada 6 meses, un informe de la demora con la primera cita con consultas externas de especialistas y pruebas diagnósticas solicitadas desde los Centros de Salud.

En todos los informes se ha constatado la existencia de grandes diferencias entre las 9 Áreas de Salud del SMS en el acceso a las citas de las consultas externas hospitalarias. En el último informe, de enero de 2019, el tiempo de demora promedio para todas las especialidades era de 78,5 días en el Área 3 (Lorca), 60 en el Área 2 (Cartagena) y 43 en el Área 8 (Mar Menor), mientras que para el resto de Áreas oscilaba entre 18 y 35,5 días. En el 29% de las citas se incumplía el plazo máximo establecido por norma (50 días).

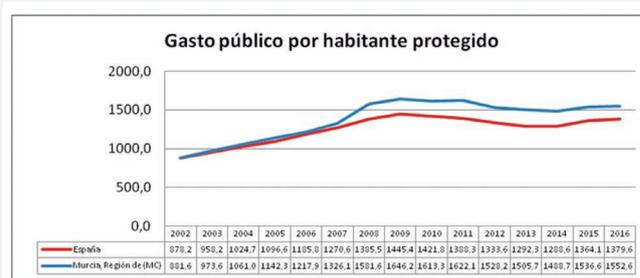
A pesar de las instrucciones del Gerente del SMS (17 de febrero 2018) que, para corregir la desastrosa situación previa, establecía que no hubiera ninguna consulta con la agenda "cerrada" y que todas las citas se ofrecieran desde el Centro de Salud; el informe realizado en enero de 2019 (9º informe), para

el 39 % de las citas no fue posible obtenerla de forma directa desde el Centro de Salud y para 6 consultas la agenda estaba "cerrada" y se informaba al usuario de que volviera al Centro en unos días, por si esa situación se había desbloqueado. Tampoco podía obtenerse la cita, salvo en el área 9 (Cieza), para ninguna de las pruebas diagnósticas de imagen, debiendo el usuario realizar la gestión en otro centro sanitario (por teléfono o presencialmente) o estar pendiente del teléfono para conocer el día concreto en que será realizada. Las diferencias en estos aspectos también son muy grandes por Áreas, lo que denota una ausencia de criterio del SMS y muy diferentes formas de organización según especialidades y Áreas de Salud.

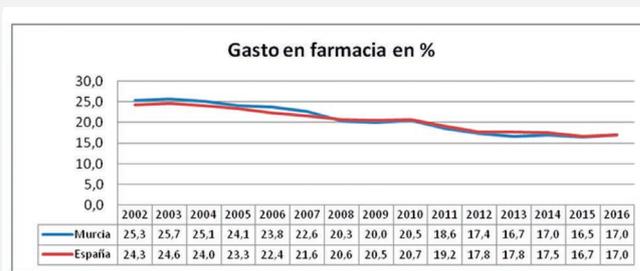
– Recursos.

Gasto público.

El gasto público por habitante protegido ha sido en Murcia y sigue siendo superior a España. En 2016: 1552,6 euros frente 1379,6. Habiendo disminuido como consecuencia de la crisis económica, no ha alcanzado todavía el máximo nivel alcanzado en 2009.

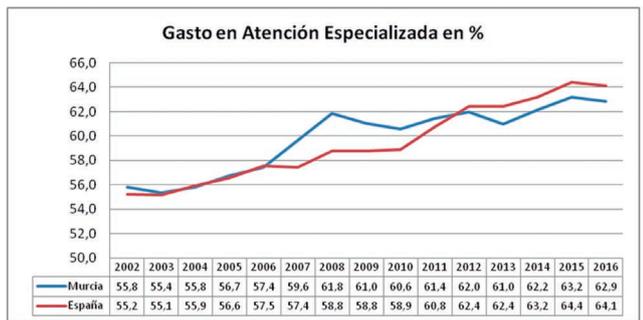
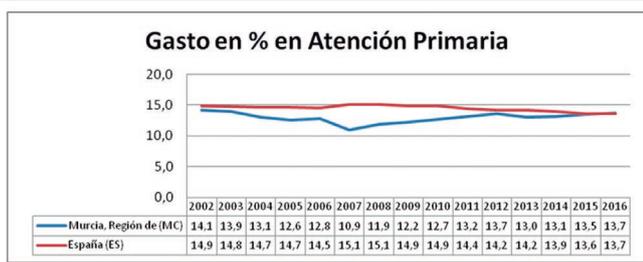


Por conceptos, en farmacia, el gasto es igual en 2016.



En conciertos con establecimientos privados, en porcentaje es inferior en Murcia: 6,4 %, frente a 9,6 en el conjunto nacional. Cabe destacar la tendencia del gasto en AP y en AE, ya que sube en esta última, mientras que en AP, no hay tendencia.

12. Observatorio de demoras en consultas con especialista. ADSP-RM [Consultado el 20 de diciembre de 2018 en <https://www.adspmurcia.es/informes-y-manifiestos/>]



Personal asistencial.

El Servicio Murciano de Salud cuenta¹³ con un total de 834 Médicos de Familia, 241 Pediatras y 814 Enfermeras trabajando en Equipos de Atención Primaria, con una tasa ligeramente superior por cada 1.000 habitantes de población asignada en Pediatría que en el resto de España (1,03 en Región de Murcia vs 0,96 en España); pero inferior en Medicina de Familia (0,69 vs 0,72) y destacando la cifra también inferior en Enfermería (0,57 vs 0,64).

Por Áreas de Salud existen diferencias en la Región de Murcia por tasas por cada 1000 habitantes de profesionales sanitarios de los Centros de Salud, que podrían ser explicadas por las diferencias de dispersión de la población y puntos asistenciales.

En Médicos de Familia (que oscilan entre los 0,78 del Área 4 del Noroeste y la de 0,66 del Área 8, Mar Menor), Enfermeras (entre los 0,73 del Área 4 y los 0,54 del Área 6) y Pediatras (1,39 del Área 4 y 0,93 del Área 6)¹³.

En servicios de urgencias extrahospitalarios (SUAP y UME) hay un total de 325 Médicos y 314 Enfermeras; lo que implica un importante volumen de recursos humanos cubriendo las urgencias en el horario que no están disponibles los Centros de Salud¹³.

Son evidentes las diferencias en los recursos humanos de atención hospitalaria, tanto en camas hospitalarias¹⁴ como en la tasa de determinados especialistas según las diferentes Áreas de Salud de la Región¹⁵. Por ejemplo, con los datos del padrón de habitantes de enero de 2017¹⁶ y los indicadores hospitalarios publicados en 2018¹⁵ el número de radiólogos oscilaría entre un radiólogo por cada 7.600 habitantes del Área 1 (Murcia-Este) y la de 1/ 20.235 h. en el área 2 de Cartagena; o el de traumatólogos 1 cada 6.800 del Área 9 (Cieza) y de 1 por cada 17.441 del área 3 (Lorca); o de neurólogo de 1 por cada 13.000 del Área 1 (Murcia-Este) a 1 por cada 35.000 del área 8 (Mar Menor).

En camas hospitalarias públicas la Región tiene 2,06 camas de media regional por cada 1.000 habitantes, oscilando por Áreas de Salud entre las 3,33 del Área 1 (Murcia-Este) y las 1,49 por cada 1.000 del Área 4 (Noroeste).

Estas diferencias en la asignación de recursos según Área de Salud podrían ser explicables por diferencias en la cartera de servicio de cada Centro, pero al no ser conocido este dato públicamente, es difícil de contrastar. Podría ser causa de desigualdades y de inequidad en el acceso a determinados servicios y ser una de las variables que explicarían las grandes diferencias por Áreas de Salud en la demora para pruebas diagnósticas y consultas con especialista.



13. Servicio de Planificación y Financiación sanitaria. Información actualizada en junio de 2018. [Consultado el 18 de diciembre de 2018 en <https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=154056&idsec=1084>].

14. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria. Catálogo Regional de Hospitales (CRH). Consejería de Salud. Región de Murcia. Marzo de 2018. [Consultado el 1 de enero de 2019 en <https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=154063&idsec=108>].

15. Dirección General de Planificación, Investigación, farmacia y Atención al Ciudadano. Indicadores de los hospitales públicos. Región de Murcia 2016. Marzo 2018. [Consultado el 20 de diciembre de 2018 en http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=2616&idsec=88].

16. Padrón Municipal a fecha 1 de enero de 2017. Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria Población y mapa sanitario. Junio 2018. [Consultado el 18 de diciembre de 2018 en <http://www.murciasalud.es/pagina.php?id=154054&idsec=1084>].

Gasto en farmacia y tecnologías.

Hasta el año 2010 la Región de Murcia ha tenido el gasto sanitario por habitante equivalente más elevado del Estado.

- El gasto en atención hospitalaria en el año 2010 estaba un 25% por encima de la media española. Por el contrario, la atención primaria un 2,5% inferior a la media¹⁷.
- El gasto en farmacia ambulatoria ha supuesto el porcentaje de PIB más elevado de las CCAA desde el año 2002 al 2009: en el año 2002, la CARM ya gastaba un 16% más de su PIB en farmacia ambulatoria que la media de CC.AA; en el año 2009 este diferencial llegó al 26%, a pesar de ser una de las CC.AA más jóvenes del país.

El **gasto farmacéutico ambulatorio** ha lastrado tradicionalmente los presupuestos públicos. El gasto farmacéutico ambulatorio ha lastrado tradicionalmente los presupuestos públicos¹⁸. Podrían señalarse tres periodos:

- **Expansión:** entre 2003 y 2008 la Región de Murcia sufre un incremento de su gasto farmacéutico de un 8,6% de media anual (2,61 puntos más elevado que la media nacional), es decir, en 5 años se incrementa el gasto cerca de un 40%.
- **Desaceleración:** Entre los años 2009 y 2013, se produce una importante desaceleración con una bajada media del gasto farmacéutico en ese periodo de un 7,83% (3 puntos mayor que la media en España, ciertamente porque había más margen de mejora).
- **Leve aceleración:** A partir de 2014 hasta 2018 el gasto farmacéutico vuelve a subir cada año una media de 2,23 puntos aunque casi medio punto menos que la media nacional.

Un dato importante es el gasto medio por receta que siempre ha sido mayor en la Región de Murcia que en la media nacional: 0,6 euros de media más cara. Desde el año 2004 se han prescrito unos 400 millones de recetas en Murcia. Si el precio hubiera sido semejante al de la media nacional el ahorro en estos años estaría alrededor de 240 millones, es decir, casi 1,5 millones de ahorro al mes.

Hay que tener en cuenta que en estas estadísticas se incluyen

las ciudades de Ceuta y Melilla que tienen unos indicadores sustancialmente peores que la media nacional; es decir que si las excluyéramos los diferenciales señalarían peor desempeño regional en todas las áreas. Además, estos pésimos datos son todavía peores si pensamos que la Región de Murcia es una de las CC.AA más jóvenes.

Del **gasto farmacéutico hospitalario** tenemos estadísticas oficiales desde 2014¹⁹. En el año 2015²⁰ Murcia tenía un gasto farmacéutico hospitalario per cápita de 134 euros; la media nacional estaba en 141, es decir, era un 5% mayor. Sin embargo, si nos comparamos con CC.AA. semejantes en edad y datos socioeconómicos, nuestro gasto es un 21% mayor que Andalucía o un 5% superior al de Canarias.

La utilización de tecnologías e intervenciones sanitarias cuenta con pocos indicadores comparativos²¹:

Traumatología:

- **Artroplastia cadera y rodilla:** En la página sobre variabilidad de la práctica médica merece la pena comentar como la Región de Murcia cuenta con elevadas tasas de artroplastia primaria de cadera en más de 1/3 de sus áreas de salud (de las 9 Áreas de Salud, una está en el quintil más elevado Q5 y dos en el Q4) y, muy especialmente, de rodilla (hay cuatro áreas en el Q5 y tres en Q4) con una sobreindicación, por tanto, en 7 de las 9 Áreas²².
- **Laminectomía y disectomía:** Murcia también tiene la mayoría de sus áreas sanitarias por encima del Q4 (5 en Q5 y 2 en Q4).
- **Túnel del carpo:** indicación en el quintil 5 en tres áreas; Q4 en una.

Cardiología: Tasas de coronariografías hasta un 50% mayores de lo esperado en toda la Región²³. La tasa de coronariografías por 1000 habitantes en el año 2016 fue de 6,01, un 17% más elevada que la media nacional²⁴.

Hospitalizaciones evitables: La Región realiza más ingresos por patologías potencialmente evitables (especialmente insuficiencia cardiaca, asma/ EPOC y complicaciones de la diabetes) que la media. Tiene 3 áreas en Q4 y 4 en Q5 (en 1 no hay datos).

17. Financiación y eficiencia del sistema sanitario público de la Región de Murcia. Accesible en <https://www.cesmurcia.es/cesmurcia/paginas/publicaciones/UltimasPublicaciones.seam?pubId=321&cid=105602> Consultado el 30 de diciembre de 2018

18. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm>

19. Accesibles en <http://www.hacienda.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/EstabilidadPresupuestaria/InformacionAAPPs/Indicadores-sobre-Gasto-Farmac%C3%A9utico-y-Sanitario.aspx>

20. Datos accesibles en <http://saludinerioap.blogspot.com/2017/11/la-farmacia-hospitalaria-la-caza-de-la.html>

21. La mayoría de los datos han sido extraídos del Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud accesible en <http://www.atlasvpm.org/> Consultado 15 de diciembre de 2018.

22. Son datos de 2015 accesibles en <http://www.atlasvpm.org/atlas-ortopedia-2015>

23. Datos del año 2012 accesibles en http://www.atlasvpm.org/documents/10157/41319/ficha_AtlasVPM_revascularizacion.pdf

24. Accesible en <http://inclasns.mssi.es/main.html>





Propuestas

Propuestas de ámbito político y legislativo que garanticen presupuestos realistas, el acceso universal al Sistema Sanitario y disminuyan las desigualdades.

- Promover un pacto de todos los partidos políticos en la Asamblea Regional por un sistema sanitario público en la provisión y prestación de servicios, de acceso universal, promoviendo la disminución de los conciertos y la externalización de servicios al mínimo posible, evitando la exclusividad de los conciertos en la atención a algunas patologías.
- Garantizar unos presupuestos realistas que tengan en cuenta el gasto real de años previos, acabando con la absurda situación de aprobar presupuestos irreales que condicionan un déficit estructural de partida de hasta 400 millones de Euros.
- Es urgente hacer efectivo el acceso universal al Sistema Nacional de Salud mediante la aplicación en la Región de Murcia del Real Decreto-ley 7/2018, eliminando las dificultades y trabas administrativas que todavía persisten, garantizando la atención sanitaria plena y normalizada sin distinciones a todo ciudadano que viva en la Región.
- Eliminar de forma inmediata el copago mayor al establecido y la devolución posterior, que ocurre únicamente en la Región de Murcia. Reducir los copagos dependientes de la Comunidad Autónoma (servicios de Dependencia) en función del nivel de renta y la carga de enfermedad y suprimir todo copago en los niveles de renta más bajos.
- Presentación por la Consejería de Salud al Consejo Interterritorial de propuesta de disminución del copago sanitario ajustándolo en mayor medida al nivel de renta y a la carga de enfermedad.
- Elaboración de planes de salud en la Región con participación de los ciudadanos, que planifiquen los recursos en cada territorio en función de las características de la población y de sus necesidades en salud.

Propuestas para un sistema sanitario más eficiente mediante su reorientación hacia la prevención y la promoción de salud, potenciando la Atención Primaria y promoviendo la participación ciudadana, interviniendo sobre los determinantes sociales y las desigualdades.

Reorientar el sistema sanitario excesivamente centrado en la enfermedad y la atención hospitalaria hacia la promoción de salud mediante acciones comunitarias intersectoriales, interviniendo sobre los determinantes sociales, los estilos de vida y el medioambiente, potenciando la Atención Primaria:

- La Consejería de Salud habrá de promover y liderar acciones intersectoriales dirigidas a la promoción de la salud, influyendo sobre los determinantes sociales, disminuyendo las desigualdades y mejorando los estilos de vida, así como interviniendo sobre el medioambiente. Para ello se propone crear una Consejería de Salud, Bienestar Social y Medioambiente. Implicar a otras Consejerías y a las administraciones locales con el objetivo de “salud en todas las políticas”.
- Estrategias específicas para paliar los efectos para la salud, especialmente la infantil, de los riesgos medioambientales como el cambio climático (eventos climáticos extremos, olas de calor, inundaciones, inseguridad alimentaria e incremento de enfermedades, salud laboral), contaminación de aire y suelo (regulación de industrias contaminantes como las térmicas, papeleras, incineración y vertido de residuos urbanos e industriales, zonas mineras activas o antiguas, tráfico o el uso de plaguicidas, herbicidas y fertilizantes), malos alimentos y malnutrición (alimentos contaminados por compuestos organoclorados, metales pesados o plaguicidas y sustancias empleadas por la industria alimentaria durante su procesado, preparación y almacenamiento; también la malnutrición, obesidad y desnutrición), seguridad del «agua vida» y del mar, drogas legales e ilegales (reducir especialmente las exposiciones tóxicas gestacionales e infantojuveniles), deforestación y desertización que condena a nuestra población a una progresiva falta de contacto con la naturaleza (se asocia a obesidad, enfermedades respiratorias, cardiovasculares, conductuales, empeoramiento de enfermedades crónicas, hipovitaminosis D, déficits sensoriales y mayor exposición a carcinógenos), pobreza e injusticia ambiental (la pobreza genera entornos más contaminados e insalubres en hogares, empleos parentales y en comunidades, más presencia de industrias contaminantes y hábitos menos saludables).

- Han de crearse consejos de salud municipales con amplia representación ciudadana que junto a los centros de salud del municipio tengan una relación fluida con la estructura municipal. Dado que las causas de enfermedades crónicas prevalentes tienen un componente social que excede lo meramente sanitario (educación, vivienda, empleo, cultura, etc.) se procurará la participación de los Ayuntamientos en cooperación con la Atención Primaria en programas de promoción de salud, influyendo, en las condiciones de vida de la población mediante intervenciones intersectoriales y con participación de los ciudadanos.
- Mayor inversión en Atención Primaria, invirtiendo la tendencia mantenida de mayores incrementos presupuestarios para Atención Especializada. Incrementar el porcentaje de presupuesto sanitario destinado a A.P. desde el 13,4% actual hasta el 20%. Esta reorientación del 6,6 % ha de significar un aumento del presupuesto destinado a Atención Primaria de 140 millones de Euros por año.
- Es imprescindible acabar con la asignación igualitaria de recursos en Atención Primaria con el único criterio del tamaño de la población atendida. La asignación de recursos habrá de hacerse mediante estudios rigurosos de las necesidades en función de las características de la población atendida en cada centro de salud valorando especialmente la edad, el nivel socioeconómico y la dispersión de la población que determina el número de consultorios.
- Incrementar las plantillas de profesionales de Atención Primaria:
 - Incrementar en 140 los médicos de familia (actualmente 832) para alcanzar un ratio promedio en la Región de 1 médico por cada 1.250 personas (11 millones de Euros/año).
 - Incrementar en 240 las enfermeras (actualmente 731) para alcanzar un ratio promedio de 1 enfermera por cada 1.250 personas (12,5 millones de Euros/año).
 - Incrementar en 71 las trabajadoras sociales (actualmente 17) de forma que haya una por cada Zona Básica (3,7 millones de Euros/año).
- El incremento de plantillas en los Centros de Salud y la presencia de una trabajadora social en cada Zona Básica conllevará prioritariamente el desarrollo de actividades de salud comunitaria de prevención y promoción de salud, que habrán de definirse en función de las necesidades específicas de cada Zona Básica y municipio, incluyéndolas en la cartera de servicios y en los contratos de gestión. Deberá incrementarse y mejorarse la atención domiciliaria. La trabajadora social deberá implicarse de forma activa en las actividades comunitarias. Se facilitará la flexibilidad y compensación horaria que facilite el desarrollo de actividades comunitarias fuera del horario laboral. Las citadas actividades deberán buscar la cooperación intersectorial y la activa implicación de las administraciones locales con el apoyo de las distintas Gerencias de Área.
- Entre las actividades de salud comunitaria de los Centros de Salud deberán incluirse las propias de salud escolar, asumidas principalmente por los profesionales de enfermería con apoyo del resto de profesionales y en cooperación con la comunidad educativa, sin crear una red específica de enfermeras escolares ajena a los Centros de Salud.
- Las Gerencias de Área y los Centros de Salud promoverán activamente la cooperación de las administraciones locales, prioritariamente de las concejalías de bienestar social y de las que pueden influir sobre las condiciones de vida, tratando de mejorar los determinantes sociales de la salud y los estilos de vida, combatiendo las desigualdades sociales. Como fruto de la cooperación mutua entre Atención Primaria y Ayuntamientos se desarrollarán programas de promoción de salud de ámbito municipal.

Incrementar el presupuesto y los Servicios de Salud Pública, dotando a cada Área Sanitaria de recursos y estructura propia. Desde los recursos de Salud Pública de cada Área se prestará apoyo a los Centros de Salud para el diagnóstico de los problemas de salud más prevalentes y sus determinantes y para el diseño de acciones de atención comunitaria favoreciendo la reorientación del sistema hacia la promoción de salud y la atención comunitaria.

Propuestas para aumentar la accesibilidad y autonomía de la Atención Primaria y su capacidad de dar respuesta a las necesidades asistenciales.

Como se ha dicho en ningún caso la distribución de recursos deberá ser homogénea por personas atendidas en cada Zona de Salud sino siempre con criterios de equidad en función de las características de la población y de sus necesidades, aceptándose como correcto que, dependiendo de ello haya diferencias significativas en los ratios.

- Los centros de salud asumirán no sólo su función asistencial a los problemas de salud de la población atendidas sino también de atención comunitaria, investigadora y de docencia tanto de pregrado como de postgrado.

- Es prioritario aumentar la accesibilidad de la Atención

Primaria abriendo todos los centros de salud por las tardes hasta las 21 h. con acceso a consultas de medicina de familia, pediatría y enfermería en horario de tarde. Para ello ha de establecerse turno deslizante de todos los profesionales, trabajando un día a la semana en horario de tarde. Los centros de salud ampliarán su horario de atención presencial a las urgencias hasta las 21 h. asignándoles los recursos en personal que corresponda disminuir por esta medida en los SUAP.

- Acabar con la precariedad laboral de los profesionales que se incorporan al sistema mediante el incremento de plantillas ya descrito, permitiendo que los profesionales de cada centro de salud asuman las ausencias por vacaciones y días libres sin necesidad de sustitutos, reservando éstos contratos únicamente para la atención en consultorios y para cubrir las bajas laborales de larga duración.
- Establecer un Reglamento de Régimen Interno para los centros de salud y descentralizar la gestión, incluyendo la de parte del capítulo 1. Los centros de salud deberán tener autonomía suficiente para organizar democráticamente entre sus profesionales el desempeño de todas las funciones que le son propias, no sólo las asistenciales.

Propuestas para aumentar la transparencia de las listas de espera, mejorar su gestión y disminuir los tiempos de espera eliminando las desigualdades por Áreas Sanitarias.

Garantizar la transparencia.

- Desarrollar, para todas las consultas de especialidades y pruebas diagnósticas, la posibilidad de que el usuario consulte desde el portal del ciudadano del SMS la situación individual de las listas de espera en las que está

incluido, el número de pacientes que están citados con antelación a la suya y la fecha prevista para la atención.

- La información de demoras (número de días que sería necesario esperar si se generara en ese momento una petición de prueba diagnóstica, o de cita en consulta de especialista hospitalario, o para los profesionales sanitarios del Centro de Salud) deberá igualmente estar accesible y ser pública en el Portal Sanitario Regional (Murcia Salud) detalladas por Área de Salud y por cada Centro de Salud.
- El procedimiento y los mecanismos de derivación de pacientes a centros concertados con el SMS o su atención en régimen de prolongación de jornada por los propios profesionales del SMS, deberán ser explícitos, públicos y homogéneos en las diferentes Áreas de Salud del SMS. Antes de proceder a estos mecanismos extraordinarios deberá informarse detalladamente a los Consejos de Salud de cada Área, que deberá de ser oído en la valoración que realice de estas propuestas.

Garantizar la gestión adecuada de las listas de espera y demoras en consultas.

- De acuerdo a la circular del Gerente del Servicio Murciano de Salud de 17 de febrero de 2018 desde el Centro de Salud se deberán de obtener de forma directa todas las citas los especialistas hospitalarios y para la realización de pruebas diagnósticas. Igualmente y tal como establece esta circular no podrá haber ninguna agenda de consulta cerrada en ningún momento; debiendo siempre ser posible obtener la cita. El Centro de Salud será el lugar donde el ciudadano pueda consultar sobre la situación en las listas de espera y los procesos asistenciales que tiene pendientes
- De forma progresiva se desarrollará, en los problemas



de salud y situaciones clínicas en los que sea pertinente, la consulta telemática entre los profesionales de Atención Primaria y los de Atención Hospitalaria, evitando desplazamientos a los usuarios, asegurando la confidencialidad y la incorporación a la Historia clínica del paciente la información derivada de estas consultas.

Asegurar la equidad de la atención.

- No se sobrepasarán en ninguna de las Áreas de Salud, para ningún ciudadano que precise estos servicios, los tiempos máximos de demora establecidos en la norma vigente (Decreto n.º 25/2006, de 31 de marzo) de, 30 días en la obtención de la cita para la realización de pruebas diagnósticas y de 50 días en la cita para una cita en consultas externas.
- Con el propósito de garantizar la equidad y la accesibilidad adecuada, se establecerán prioridades en la incorporación de recursos humanos en las Áreas de Salud que sean más deficitarias.
- Se establecerán mecanismos flexibles de organización entre las diferentes Áreas para poder dar respuesta a demandas puntuales en determinadas pruebas o especialidades. Además de la consulta telemática, se desarrollarán diferentes modelos organizativos como la posibilidad de contar con consultores de referencia en cada área para determinada problema de salud crónico o en pacientes polimedificados, evitando el desplazamiento de su pacientes crónicos complejos e incrementando la coordinación e interrelación entre los diferentes niveles de asistencia sanitaria.

Resolución de la mayor parte de problemas de salud en la atención primaria.

- Todos los Centros de Salud incrementarán su horario de atención actual, con apertura de consultas en horario de tarde.
- Se facilitará la dotación adecuada de recursos humanos (Médicos de Familia, Pediatras, Enfermeras, Administrativos) de acuerdo con la propuesta incluida previamente en este documento.
- Se realizará una dotación de recursos para la resolución de un mayor número de problemas de salud en atención primaria (Ecógrafos, acceso a radiología simple urgente, determinación de analíticas de sangre y de orina mediante tiras reactivas...) similar en todas las Áreas de Salud acompañada con la formación que asegure la adquisición de competencias en los profesionales sanitarios.

- Se priorizará en los planes de formación continuada de los profesionales el proceso de toma de decisiones, el acceso a la mejor información y la mejora de las competencias necesarias en la atención a los problemas de salud más frecuentes y potencialmente solucionables en la atención primaria de salud. La planificación de estas actividades quedarán garantizadas con una programación anual que sea accesible al total de la plantilla de profesionales sanitarios de Atención Primaria de Salud.
- Elaborar y difundir entre profesionales del SMS y ciudadanos de la Región de Murcia un catálogo argumentado de recomendaciones de "no hacer" con las intervenciones diagnósticas y de tratamiento más frecuentes que no aportan beneficios claros en la salud, pero que pueden provocar daño y un consumo importante de recursos. La implantación de esta medida será evaluada mediante indicadores homogéneos para cada zona y Área de Salud.
- Optimizar el funcionamiento de los centros públicos: aplicar incompatibilidades, mejorar el cumplimiento de horarios y utilizar mejor los recursos (apertura de quirófanos por la tarde, trabajo en turnos, puesta en marcha de tecnología disponible hasta ahora sin utilizar).

Propuesta dirigidas a aumentar la seguridad del paciente y a mejorar la eficiencia disminuyendo el gasto sanitario ineficaz.

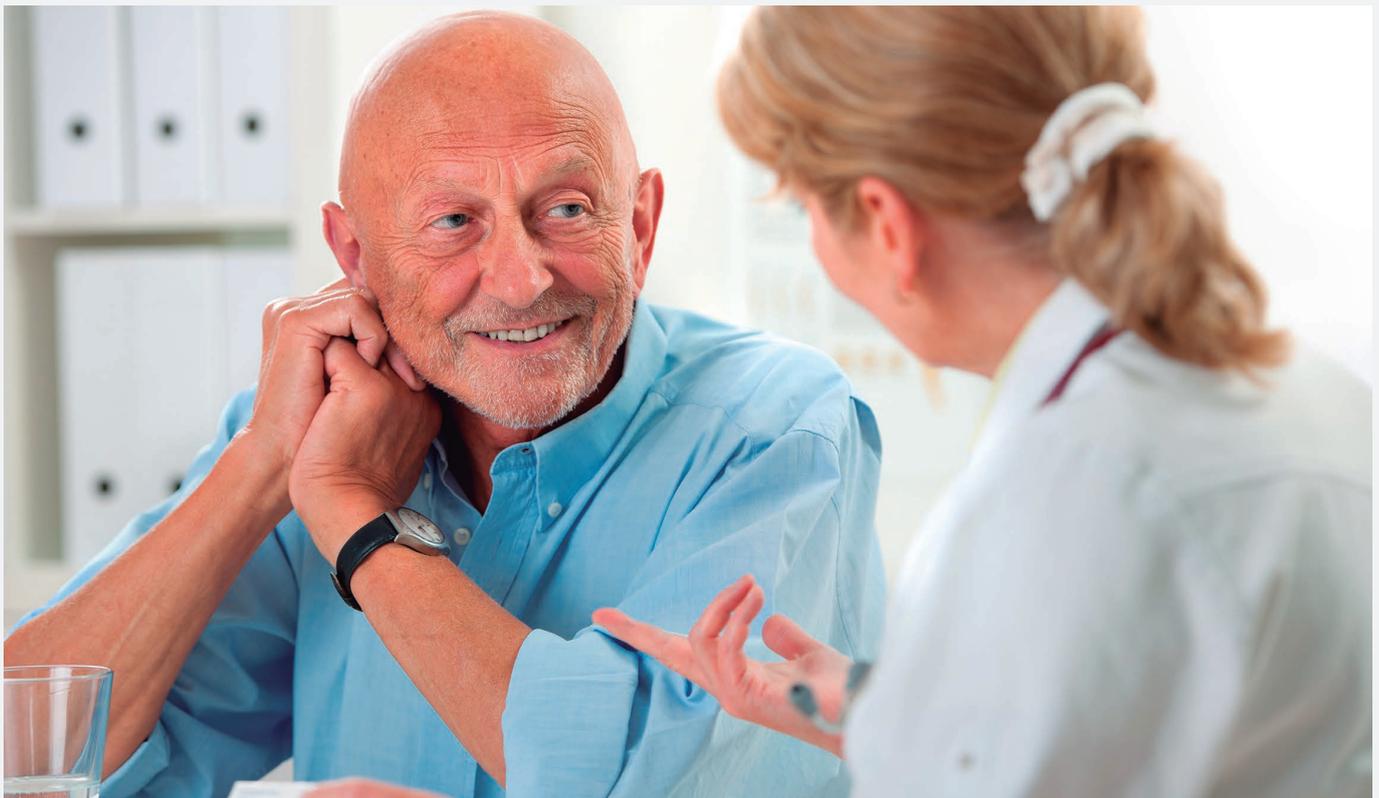
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica de los profesionales, aumentando la seguridad del paciente, identificando y corrigiendo las malas prácticas.
- El elevado gasto farmacéutico es un indicador de inadecuación de la prescripción y, siempre que hay inadecuación, hemos de pensar que también indicador de una elevada permeabilidad del sistema a las influencias comerciales de la industria farmacéutica. Su coste oportunidad es asombroso no solo en términos de gasto innecesario sino también de morbimortalidad evitable debido a los problemas derivados de la sobremedicación y la polifarmacia. Con un fracaso tan obvio como el que ha ocurrido en la Región es claro que no han existido políticas ni de precios ni de calidad.
- El control del gasto farmacéutico debería ser una absoluta prioridad en el sistema sanitario murciano promoviendo en el ámbito competencial una adecuada política de precios:
 - Se promoverá el intercambio de medicamentos por sus equivalentes más baratos.
 - Subastas farmacéuticas (siguiendo el modelo

andaluz), tanto para la medicación ambulatoria como para la hospitalaria.

- Políticas de calidad: fundamentalmente para adecuar indicaciones, elaborar protocolos y establecer indicadores de utilización sensibles.
- La utilización de tecnologías y recursos:
 - Alta tasa de indicación de cirugías e intervenciones tecnológicas de bajo valor: No existen datos tan amplios como con los fármacos pero solo analizando algunos de ellos podemos observar la alta tasa de indicación de cirugías con alto riesgo de sobreindicación, especialmente en traumatología, y de coronariografías en cardiología. Es necesario:
 - Contar con indicadores actualizados y públicos para medir tasas de utilización e indicación
 - Realizar protocolos consensuados de obligado cumplimiento
- La alta tasa de utilización hospitalaria debe mejorarse disminuyendo la hospitalización evitable, mejorando la atención y el seguimiento de los pacientes en Atención Primaria. El incremento de profesionales propuesto debe traducirse también en la mejora de la atención domiciliaria procurando que los pacientes sean atendidos el mayor tiempo posible en sus casas, disminuyendo en la

medida de lo posible los tiempos de estancia hospitalaria.

- Habría cuatro medidas generales necesarias para mejorar tanto la prescripción como la utilización de servicios y tecnologías:
 - La ya mencionada mejor dotación de la Atención Primaria, incrementando los tiempos para atender a los enfermos, el mejor uso de los medicamentos y el mejor seguimiento de los pacientes crónicos, disminuyendo las reagudizaciones.
 - Evitar el pago por proceso, vinculado a un incremento de la indicación de procedimientos
 - Prohibir los contactos comerciales de la industria con los profesionales sanitarios del sistema público en horario laboral
 - Poner en marcha un sistema de buen gobierno del conocimiento en el Servicio Murciano de Salud:
 - Prohibir la participación de profesionales con conflictos de interés en las comisiones clínicas y órganos de asesoramiento.
 - Prohibir la realización de sesiones clínicas patrocinadas por la industria en los centros públicos de la Región en horario laboral.

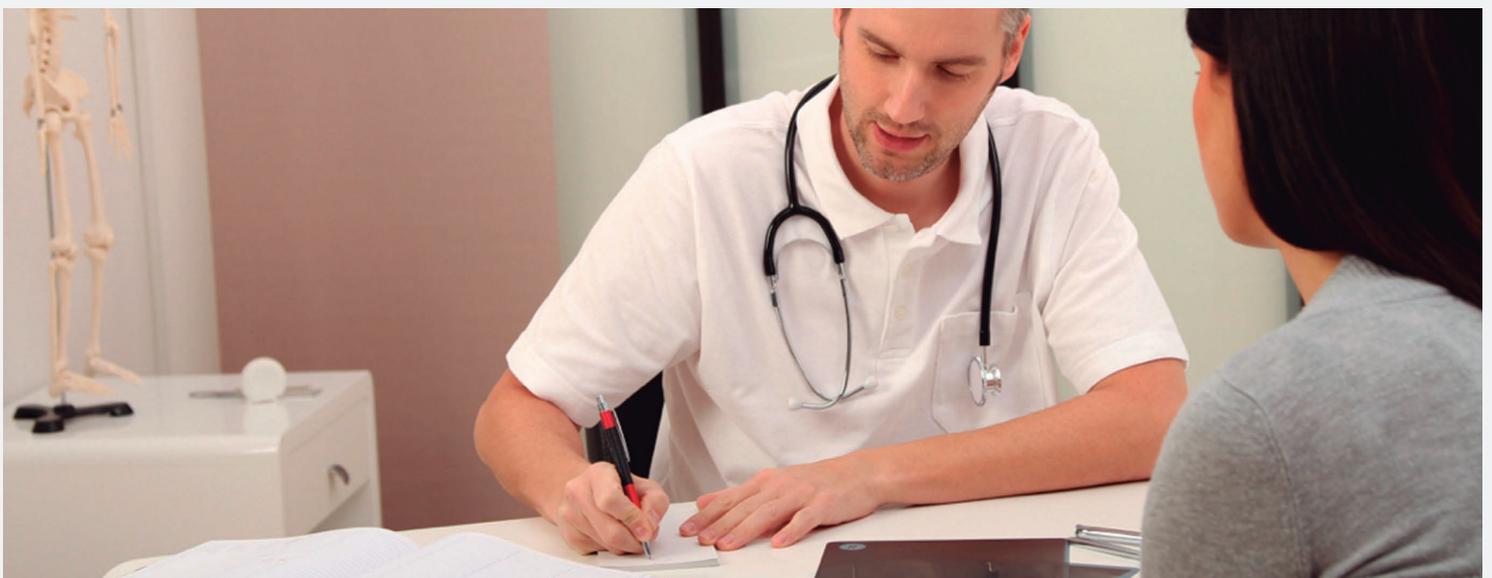


- Exigir criterios de buen gobierno (transparencia, declaración pública de conflictos de interés y rendición de cuentas) a todas las organizaciones y asociaciones profesionales, de consumidores o pacientes a los que se les pida participar en los procesos de toma de decisiones organizativos.
 - Puesta a punto de sistema de formación médica independiente, tanto especializada como continuada.
 - Planes de formación también para los gestores del sistema sanitario.
 - Premiar la independencia con un reconocimiento a los profesionales que optan por rechazar las relaciones comerciales con la industria.
- Las llamadas “medicina de precisión” y las nuevas tecnologías de la información (TICS) en el cuidado de los pacientes crónicos no deben ser una prioridad absoluta en nuestro sistema sanitario actual. Antes de considerar una prioridad, en la inversión presupuestaria, la denominada “medicina de precisión”²⁶ y la implantación de nuevas tecnologías de la información (TICS) en el cuidado de pacientes crónicos, es preciso resolver los importantes problemas de funcionamiento que tiene actualmente el servicio murciano de salud (elevado gasto en farmacia, listas de espera, precariedad laboral, desigualdades en la atención...) y dotar con mayor

presupuesto a la Atención Primaria de Salud e influir en los determinantes principales sociales de la salud (pobreza, desigualdades, dieta, ejercicio físico). Ambos temas, TICS y “medicina de precisión” deben estar en la agenda de investigación promovida por el sistema sanitario público, pero no deben convertirse en este momento en programas estrella con una inversión presupuestaria destacada; dado que se desconoce la repercusión que su incremento presupuestario tendrá en la mejora de salud de la población y por los importantes intereses comerciales que están detrás del impulso de estas iniciativas.

Propuestas para una participación comunitaria en salud que promueva la mejor respuesta a los problemas y necesidades de los ciudadanos.

- Facilitar y promover la participación comunitaria para la salud y en el sistema sanitario. Cambio de la legislación sobre Consejos de Salud de la Región, de Área Sanitaria y de municipio o Zona Básica de Salud, con mayor representación de organizaciones ciudadanas y con competencias que incluyan y concreten capacidad de decisión en la organización de servicios y en la gestión del presupuesto.
- Constitución de Consejos de Salud Municipales y de Zona Básica con activa participación de los Ayuntamientos.
- Los consejos de salud no habrán de limitarse a la mejora de las actividades asistenciales del sistema sanitario sino también a la activa participación de los ciudadanos



26. La medicina de precisión trata de adaptar los tratamientos médicos –preventivos, diagnósticos y terapéuticos– a las características individuales de cada paciente teniendo en cuenta, al diseñar la atención sanitaria –incluida la farmacológica–, la composición genética de los pacientes para lograr una atención mucho más “personalizada”. No se trata de realizar una medicina centrada en el paciente, ni de personalizar la atención, sino más bien de “genetizar” la atención sanitaria; siendo una apuesta muy confusa en este momento.



en los programas de prevención y promoción de salud, principalmente en el ámbito municipal, tratando de mejorar las condiciones de vida y de promover hábitos saludables.

Propuestas para una actividad docente e investigadora que como servicio público de respuesta eficaz a las necesidades sociales y no a intereses privados.

- La formación de los estudiantes de las universidades públicas de la Región de Murcia en los grados de ciencias sanitarias debe garantizarse aprovechando todos los recursos ofrecidos por hospitales y centros de atención primaria de titularidad pública y las estructuras de promoción y prevención de la Consejería de Salud y de los ayuntamientos.
- Las universidades privadas que impartan estos grados deben promover la adecuada formación de sus estudiantes en hospitales y centros de atención primaria de naturaleza privada, incluyendo los hospitales "universitarios", que deberán ser prioritariamente de titularidad privada. El uso de recursos públicos por universidades privadas estará siempre condicionado al uso prioritario por las universidades públicas y en ningún caso entrará en competencia con éstas, garantizando que la mayoría de la formación clínica de los estudiantes de la universidad pública sea realizada en su zona de residencia. El uso de hospitales, centros de salud, etc. de naturaleza públicos será contemplado como complemento en áreas de formación específicas establecidas por convenio y que no puedan realizarse en centros de titularidad privada. El uso de recursos sanitarios de titularidad públicos por universidades privadas supondrá la supervisión por parte de la Comunidad Autónoma de los procesos de selección, planificación y evaluación del estudiantado, fijándose el coste de su uso como porcentaje del precio de matrícula del crédito práctico, no siendo nunca inferior al 30% de él.
- Los Hospitales públicos de Cartagena y Lorca deben considerarse hospitales universitarios vinculados a la Universidad de Murcia en donde se impartan las prácticas de todos los grados de ciencias sanitarias de la Universidad de Murcia. El gobierno regional debe garantizar la financiación necesaria para que el número de egresados de las Universidades Públicas sean capaces de cubrir las necesidades de la Región.
- Además de la investigación básica que ha de potenciarse, debe incrementarse en la UMU y la UPCT la investigación aplicada dirigida a los componentes sociales de la salud y la enfermedad. Deben crearse estructuras de colaboración en investigación para los diagnósticos de salud de Zona, Área y Región y sus determinantes de salud, así como para el diseño y desarrollo de los planes de salud. Deben promoverse convenios de colaboración entre las Universidades Públicas, el Sistema Sanitario y los Ayuntamientos para el estudio de los determinantes de la salud así como para diseñar y conocer la efectividad de las intervenciones que se desarrollen.
- La fijación de prioridades por parte de la sociedad murciana y una colaboración entre ambas realidades, la universitaria y la social, permitiría convertir las necesidades y problemas sanitarios de la población en objetivos. Al mismo tiempo permitiría una organización más eficaz y eficiente del importante colectivo investigador murciano en unas parcelas de la investigación aplicada en todo el campo social que subyace a la inmensa mayoría de los procesos crónicos o de índole sociogénica.







Asociación para la defensa
de la sanidad pública de la
Región de Murcia

Propuesta de **ADSP-RM**

Marzo de 2019

Por un sistema sanitario público universal en la Región de Murcia que promueva la salud mirando a sus determinantes sociales.

<https://www.adspmurcia.es> / adspmurcia@gmail.com