

El estado del malestar: Una mirada crítica a la situación social y sanitaria en la Región



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

Propuesta de **ADSP-RM**
Marzo de 2023

Por un sistema sanitario público que promueva la salud
mirando a sus determinantes sociales y que mejore la
atención a la cronicidad y a las personas mayores





Contenido

1. Resumen	4
2. Justificación	5
3. Análisis de situación	7
3.1. Determinantes sociales, biológicos, estilos de vida y bienestar relacionado con la salud	7
3.1.1. Datos demográficos	7
3.1.2. Determinantes socioeconómicos	8
3.1.3. Indicadores de estilo de vida	10
3.1.4. Indicadores de bienestar relacionados con la salud	10
3.2. La salud de la población de la Región de Murcia	14
3.2.1. Mortalidad	14
3.2.2. Morbilidad y discapacidad	14
3.3. Recursos sociales	17
3.4. Recursos sanitarios	17
4. Propuestas	23
4.1. Mejorar la gobernanza del Sistema Sanitario Público	23
4.2. Reorientar el sistema de salud a una Atención Primaria reforzada	24
4.3. Acabar con las desigualdades territoriales	26
4.4. Mejorar la atención a los problemas de salud mental	27
4.5. Mejorar la Atención a la cronicidad y a las personas mayores	28
ANEXOS	30
1. Componentes del indicador “Deprivación Social y Material Severa”	
2. Situación de los Recursos Sociales para la personas mayores en la Región de Murcia	
3. Los riesgos de psicologizar la atención al malestar emocional	

Resumen

En el presente informe, al igual que el presentado hace 4 años (Murcia enferma de pobreza), se hace un nuevo análisis de situación de salud y valoraciones sobre nuestro sistema sanitario así como propuestas que en la ADSP-RM consideramos prioritarias para los próximos 4 años.

A pesar de que la población de la Región de Murcia (en adelante RM) es la más joven del conjunto de Comunidades Autónomas (en adelante CC.AA.), tener un gasto sanitario público real per cápita mayor que la media del estado y una utilización del sistema elevado (atención primaria y urgencias), sus resultados en salud se encuentran entre los peores de España, tanto en mortalidad (enfermedad cerebrovascular e isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, Alzheimer) como en morbilidad (hipertensión, diabetes, enfermedad mental, hospitalizaciones por enfermedad cerebrovascular, interrupción voluntaria del embarazo en mujeres de menos de 20 años). Las actuaciones de salud pública tampoco consiguen disminuir las altas tasas de sedentarismo, tabaquismo, obesidad y sobrepeso ni los embarazos no deseados, todos con indicadores entre los peores de España. Persisten también muy malas cifras socioeconómicas - con elevadas tasas de pobreza, precariedad laboral y bajo nivel educativo -, entre las peores del conjunto de CC.AA.

La alta carga de enfermedad incide especialmente en la población mayor que presenta la menor esperanza de vida con buena salud a partir de los 65 años de toda España, con tasas de dependencia y discapacidad muy graves y una muy baja salud autopercibida (nuevamente peor que la media estatal). Son también especialmente preocupante los altos porcentajes de riesgo de mala salud mental y tener la prevalencia de enfermedad mental más elevada del conjunto de las CC.AA., con un grave empeoramiento en los últimos años, muy especialmente en las mujeres.

Todo lo anterior tiene relación con la pésima gobernanza política de un sistema sanitario que genera el peor déficit económico sanitario en España desde hace décadas por falta de adecuación de los presupuestos al gasto real y que mantiene grandes desigualdades territoriales. Un sistema sanitario poco eficiente con ausencia de acciones intersectoriales que mejoren las condiciones de vida de las personas y con ello también su salud.

Después de más de 25 años gobernando la RM el mismo partido político, lo que podría haber facilitado objetivos ambiciosos y la implementación de planes a largo plazo, contamos con una Consejería de Salud cuyo último Plan de Salud finalizó en 2015. Una Consejería que lejos de establecer objetivos en salud y una estrategia que integre y coordine todas las acciones, diseña programas parciales de forma errática y descoordinada, sin seguimiento posterior e incumpliendo su desarrollo, limitándose a elaborar otros nuevos sin evaluar los anteriores.

Como es norma en la ADSP-RM pensamos siempre en la mejora de nuestro sistema sanitario público y en esta ocasión hacemos el esfuerzo de identificar cinco áreas estratégicas de actuación cuya mejora consideramos prioritaria y proponemos acciones concretas para cada una de ellas:

- Mejorar la gobernanza del sistema sanitario público, mediante un Plan de Salud para 5 años fruto de un pacto político en la Asamblea Regional, reduciendo la ineficiencia del gasto sanitario para mejorar la salud de la población y apostando decididamente por la transparencia y la participación ciudadana.
- Reorientar el sistema de salud a una Atención Primaria reforzada, con un presupuesto finalista en cada Área Sanitaria, con Gerencias propias y asignando el 25% del gasto sanitario, abriendo todos los centros de salud en horario de tarde mediante turnos deslizantes. Hay que reorganizar el trabajo en equipo en los centros de salud con mayores competencias para profesionales no facultativos y adecuar las plantillas a la nueva organización. Hay que centrarse en las prácticas de valor y no en “la demanda”.
- Acabar con las desigualdades territoriales, estableciendo criterios claros de asignación de recursos y promoviendo la descentralización de los servicios de salud, considerando eficiencia y demanda. Hay que promover la implicación activa de la sociedad, involucrando a la ciudadanía para el diseño y la implementación de políticas sanitarias que garanticen que sean atendidas las necesidades en cada territorio.
- Mejorar la atención a los problemas de salud mental, teniendo muy presente que la prevalencia de enfermedad mental depende fundamentalmente del contexto social en el que viven las personas, debiendo fomentarse políticas públicas transversales dirigidas a mejorar las condiciones de vida de la población. Es imprescindible la evaluación transparente del Programa de Acción para el Impulso y Mejora de la Salud Mental 2019-2022 e implementar la nueva estrategia recién presentada, garantizando su seguimiento y evaluación.
- Mejorar la atención a la cronicidad y a las personas mayores mediante la elaboración urgente de un Plan Regional de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas Complejas así como una Estrategia Regional de Coordinación Sociosanitaria que contemplen que la atención debe realizarse de forma proactiva desde la Atención Primaria, en los domicilios y las residencias, respondiendo a los deseos y valores de los enfermos y estableciendo vías asistenciales específicas, con la dotación de recursos humanos y estructurales necesarios.

Justificación

Hace 4 años (Marzo de 2019) presentamos un informe titulado "Murcia enferma de pobreza" en el que hacíamos un análisis de situación poniendo el foco en los determinantes sociales y económicos de la mala salud en la Región de Murcia. En base a un análisis de situación hicimos más de 50 propuestas para mejorar no sólo el sistema sanitario, también acciones intersectoriales, que promovieran mejoras en los niveles de salud y disminuyeran las desigualdades. No es casual que 4 años después y también en período pre-electoral presentemos un nuevo informe que parte de un análisis de situación actualizado, utilizando siempre datos objetivos de fuentes fiables. Veremos que los determinantes socio económicos siguen siendo muy deficientes en comparación con otras CCAA y el conjunto de España.

Esta reflexión nos parece especialmente necesaria en este momento. Nadie podía pronosticar que a principios de 2020 se iniciaría una pandemia mundial con gravísimas consecuencias para la salud, no sólo por la mortalidad provocada, sino también por las severas tensiones producidas en los sistemas sanitarios públicos. Ninguna propuesta estratégica puede obviar las enseñanzas aprendidas durante esta pandemia:

- Importancia de una mayor conciencia sobre los determinantes sociales de la salud (que tanto influyeron en la propagación de la pandemia) y la consideración que han de tener en la planificación y gestión de los recursos sanitarios. Es imprescindible el abordaje comunitario e intersectorial de las necesidades en salud y el trascendente papel que pueden jugar las administraciones locales, especialmente en la prevención y la promoción de la salud, en cooperación con la Atención Primaria.
- Necesidad de reforzar la Atención Primaria con una financiación suficiente y con actuaciones que le permitan reorientarse hacia las verdaderas necesidades en salud de la población y no, como hasta ahora, hacia "la demanda". Es muy limitada cualquier estrategia de mejora de la atención primaria centrada en el número de médicos. En nuestra opinión es imprescindible centrarse en las prácticas de valor, intentando reducir las actuaciones derivadas del mero consumismo sanitario y la inercia, para lo que es importante otorgar mayores competencias y protagonismo a enfermería, trabajo social y al personal administrativo.
- Importancia de una Salud Pública solvente y bien financiada, cercana a los territorios, con capacidad para analizar las necesidades en salud y sus determinantes, desde el ámbito local al regional, así como con liderazgo para señalar, junto con la Atención Primaria y desde un enfoque comunitario, las acciones más efectivas para abordarlas.
- La salud mental, en estrecha relación con las condiciones de vida, ya estaba muy deteriorada en la Región antes de la pandemia. Tras la COVID, la prevalencia de problemas de salud mental se ha convertido en un grave problema de salud pública, especialmente entre las mujeres, los jóvenes y las personas mayores. Las estrategias necesarias deben huir del enfoque medicalizador y biologicista, centrado en los medicamentos y la consulta de psiquiatría, para abordar soluciones más transversales e integrales, de carácter comunitario y social.
- Sin duda, si algo hemos aprendido con la pandemia es la vulnerabilidad e insuficiente atención de las personas mayores, en residencias y en sus domicilios, especialmente las que viven solas, muchas con enfermedades crónicas y elevada dependencia. En una comunidad con una de las tasas de pobreza más considerable entre la población mayor y peores servicios sociales no es casual que nuestra población de más edad exprese un intenso sufrimiento subjetivo relacionado con la salud. Sin duda, es una prioridad desarrollar una estrategia de rescate de esta población tan castigada por los condicionamientos socioeconómicos, las políticas regionales y la falta de orientación a la cronicidad del sistema sanitario.

Todos son retos que ya eran importantes antes de la pandemia COVID pero, no cabe duda, tras esta terrible experiencia cobran especial relevancia al haberse puesto en evidencia la necesidad de la intervención de los gobiernos para garantizar sistemas de salud y de atención social solventes y resilientes. La puesta en marcha de estas políticas requiere un esfuerzo económico notable por lo que la eficiencia y sostenibilidad son un requisito fundamental. Sin embargo, nuestro sistema sanitario es tremendamente ineficiente. Siendo nuestra comunidad autónoma la más joven del conjunto del Estado (excepto Ceuta y Melilla) y, por tanto, la que menos presión sufre en términos de carga de enfermedad debida al envejecimiento de la población, tenemos peores indicadores en listas de espera, gasto farmacéutico y frecuentación en atención primaria o urgencias hospitalarias.

Ello es debido, en nuestra opinión, a una mala gestión crónica de los recursos y a la incapacidad de los políticos responsables de la sanidad pública para superar inercias inflacionistas basadas en el consumismo sanitario (la demanda) y la utilización de medicamentos y tecnologías con cada vez menor rendimiento en términos de salud poblacional. No parece azaroso el hecho de que desde hace décadas la Región sea la comunidad autónoma donde se produce más desfase entre el gasto sanitario presupuestado y el real ¿incompetencia o mala fe?

En efecto, el déficit sanitario perenne regional tiene réditos políticos: es una excusa muy útil para "apretar" en el gasto en actuaciones que aportan valor a la sanidad pública, como los

recursos humanos siempre muy limitados por las gerencias, y “tener la mano más ancha” cuando existen intereses comerciales detrás, como pasa con la industria farmacéutica y tecnológica, la sanidad privada para conciertos, las constructoras y las empresas de servicios externalizables. Además, esa diferencia enorme entre el gasto presupuestado y el gasto real, desde nuestro punto de vista “construido”, ya que no se observa voluntad política para solucionarlo, permite a los responsables políticos trasladar a la ciudadanía la idea de que es necesario introducir reformas basadas en el mercado para gestionar el “caballo desbocado de la sanidad pública”. Es necesario, en nuestra opinión, romper esta dinámica perversa que Naomi Klein denominó “doctrina del shock”: cuanto peor están las cosas mejor aceptará la sociedad reformas radicales de desmantelamiento de políticas que buscan mejorar el bienestar y la equidad.

Pero la ineficiencia no supone solo un problema político y económico, sino que, si la atención sanitaria no es capaz de disminuir la morbi-mortalidad, como observamos en nuestra comunidad, se produce un auténtico trasvase de recursos desde la población mayor y vulnerable -pobre, dependiente, enferma, con poca visibilidad pública y que se defiende muy mal- a la población joven -sana, independiente, activa socialmente y que defiende muy bien sus derechos- que, vistos los datos, está consumiendo muchos recursos no estrictamente necesarios para mejorar su salud, incrementando la inequidad social y la desigualdad. Es la desigualdad que se produce en la fase de meseta de la curva de rendimientos decrecientes donde crece la inversión en sanidad pero no la salud de la población. Es decir, el sistema sanitario regional, no olvidemos que con un gasto real per cápita mayor a la media estatal, cumple la llamada ley de cuidados inversos, esto es, utilizar más recursos con quienes menos los necesitan pero más demandan, y menos recursos en los que más los necesitan pero menos demandan, especialmente las personas mayores, crónicamente enfermas o que viven en territorios periféricos y tienen, por tanto, peor acceso a los recursos sanitarios.

La ineptitud en la gestión de la sanidad pública se evidencia cuando la Consejería de Salud actúa reactivamente ante los problemas. Solo se producen movimientos estratégicos de planificación política cuando existe ruido en los medios de comunicación, alarma social o datos preocupantes en las encuestas electorales. La falta de voluntad política para cumplir sus propios planes se objetiva cuando se presentan los siguientes sin haber evaluado el cumplimiento de los anteriores. El 13 de marzo, con tres meses de retraso, se presentó la “Estrategia de mejora de Atención Primaria (EMAP) 2023-2026” sin que, entendiéndola la disrupción pandémica, haya existido una mínima evaluación y rendición de cuentas sobre los resultados del anterior. En todo caso, la nueva EMAP nos parece un plan bien planteado a través de sus 5 ejes estratégicos, con objetivos y acciones muy pertinentes aunque con falta de concreción sobre cómo se darán las condiciones necesarias para su desarrollo.

Existen, además, graves carencias como el escasísimo desarrollo

de mecanismos de participación comunitaria o la grave falta de indicadores objetivos para la evaluación periódica de la Estrategia. Celebramos la prevista constitución de Comisiones de Seguimiento Regional y por Áreas cuyo buen desarrollo es imprescindible, echando en falta en su composición la presencia de representantes de los usuarios que tanto podrían aportar. Entendemos que una de las primeras tareas de la comisión regional debe ser cubrir la deficiencia señalada y establecer indicadores objetivos para la evaluación periódica y transparente de la Estrategia.

En la fase final de redacción de este informe y sin evaluación del plan previo ha sido presentada -el 28 de marzo- la nueva Estrategia de Salud Mental debiéndose garantizar su seguimiento y posterior evaluación, pero nada se conoce del anunciado plan para las personas que viven en las residencias. Planes en relación con la atención a la cronicidad ni están ni se les espera. Estos problemas que podemos considerar “de gobernanza” no acaban aquí. Nuestro sistema sanitario público adolece de una grave falta de transparencia sobre los recursos existentes, su actividad, la calidad de la atención y el gasto sanitario. Desde el año 2019 no se actualiza la información en el “Observatorio de resultados del SMS”. Pero es que en algo tan sensible para la ciudadanía como las listas de espera los datos son sencillamente impresentables. No solo por la magnitud de la espera sino por su poca fiabilidad toda vez que existe una cantidad inusitada de personas pendientes de ser llamadas y que no se contabilizan en tiempo de espera. Además, las graves diferencias territoriales establecen una separación entre ciudadanos sanitarios de primera (los que viven en Murcia y Cartagena) y de segunda (los que viven en Lorca, zona del Mar Menor, Noroeste y Jumilla/Yecla).

El objetivo de este nuevo informe es el de compartir con los partidos políticos y la sociedad civil un análisis de situación actualizado y equilibrado, y el de hacer públicas las propuestas que consideramos prioritarias para mejorar nuestro sistema sanitario público. La ADSP-RM quiere contribuir a la reflexión ciudadana y abrir el debate acerca de los retos que el sistema sanitario tiene en los próximos cuatro años. Los partidos políticos deben comprometerse delante de la ciudadanía, cuando tenemos cerca una nueva cita electoral, a ofrecer soluciones a los complejos retos a los que nos enfrentamos. También por supuesto, este informe quiere exponer datos objetivos para que el partido que ha estado gobernando esta Región durante más de 25 años rinda cuentas ante la ciudadanía.

Desde la ADSP-RM seguiremos vigilantes y haciendo propuestas de mejora, siempre con carácter constructivo y en defensa de un sistema sanitario público, que den respuesta eficiente a las necesidades en salud de la población y disminuyan sus desigualdades. El presente informe trata de ser prueba de ello.

3. Análisis de la situación

3.1. Determinantes sociales, biológicos, estilos de vida y bienestar relacionado con la salud

3.1.1. Datos demográficos

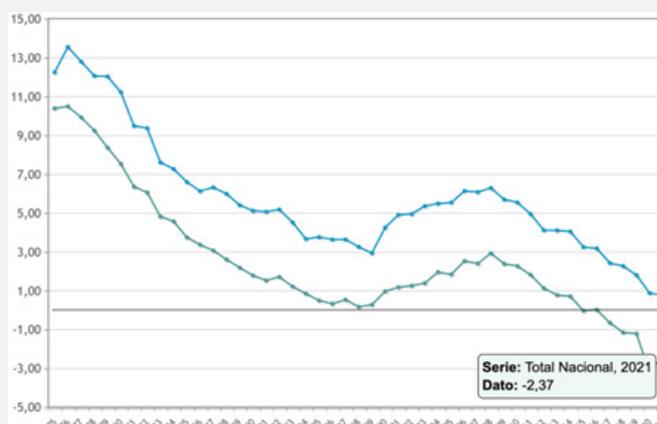
La RM es una de las CC.AA. más jóvenes del conjunto del Estado. El índice de envejecimiento en España (población mayor de 64 años respecto a los menores de 16) es de media 133,5 (133 mayores de 64 años por cada 100 menores de 16). En la RM el índice de envejecimiento es del 92,6 (el menor de todas las CC.AA., excepto Ceuta y Melilla). Técnicamente, la RM es la única comunidad autónoma no envejecida del conjunto del estado (índice de envejecimiento por debajo de 100). El porcentaje medio de mayores de 64 años en España se encuentra en un 20,08%; en la RM hay 246.803 personas mayores de 64 años, lo que supone el 16,11% de la población (ver Tabla 1), que son casi 4 puntos porcentuales menos de personas mayores de 64 años que la media española.

Aunque la RM sigue siendo relativamente joven, cuando se compara con otras CC.AA., el saldo vegetativo (nacimientos menos fallecimientos) regional ha tenido un continuo declinar desde 1975. Es decir, aunque menos que la media nacional, nuestra población también envejece (Gráfico 1). La RM tiene que aprovechar la ventaja que supone tener menos porcentaje de la población envejecida para dos cosas: prepararse mejor para ese futuro, al que irremediablemente llegaremos, y atender mejor a la población mayor con la que ahora contamos.

Tabla 1: Distribución por edad entre los mayores de 64 años (2022) (tomado del Centro Regional de Estadística de Murcia)

	TOTAL	Hombres	Mujeres
De 65 a 69 años	68.972	33.167	35.805
De 70 a 74 años	59.373	27.570	31.803
De 75 a 79 años	46.818	20.785	26.033
De 80 a 84 años	34.146	14.028	20.118
De 85 y más años	37.494	13.374	24.120
TOTAL	246.803	108.924	117.761

Gráfico 1: Saldo vegetativo por 1000 habitantes (1975-2021). Total Nacional y Región de Murcia (tomado de INE)

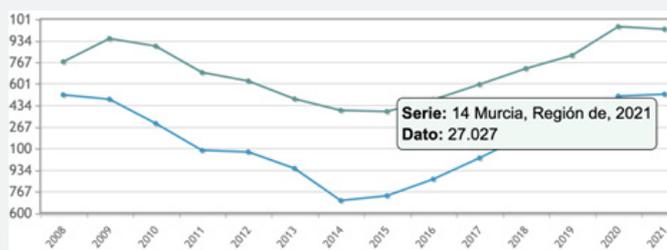


3.1.2. Determinantes socioeconómicos

Como sabemos, los determinantes sociales de la salud influyen más que la atención sanitaria en la salud de la población. Se calcula que la atención sanitaria no aporta más del 10% de la mejora en salud; el 30% dependería de factores genéticos y biológicos; el 60% de las condiciones de vida y factores medioambientales. Desde hace décadas, la RM es una de las CC.AA. más pobres del conjunto del estado.

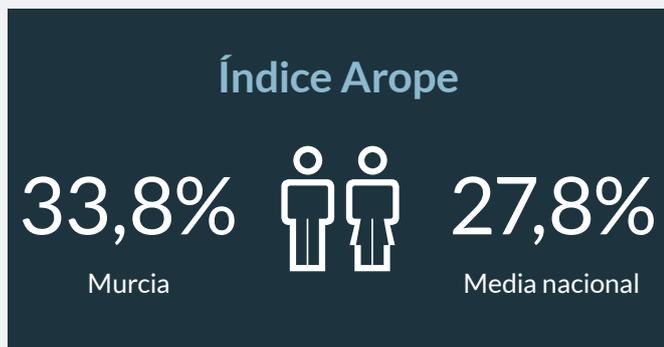
Renta media por hogar. La renta media por hogar, una medida útil para comprender el nivel socioeconómico de una comunidad, ya que refleja la capacidad de los hogares para satisfacer sus necesidades básicas y para participar en la economía a través del consumo y la inversión, es desde hace décadas menor en la RM que en la media nacional. El diferencial no solo se mantiene, sino que se incrementa en los últimos años (Gráfico 2)

Gráfico 2: Renta media por hogar en euros/año (tomado de INE)



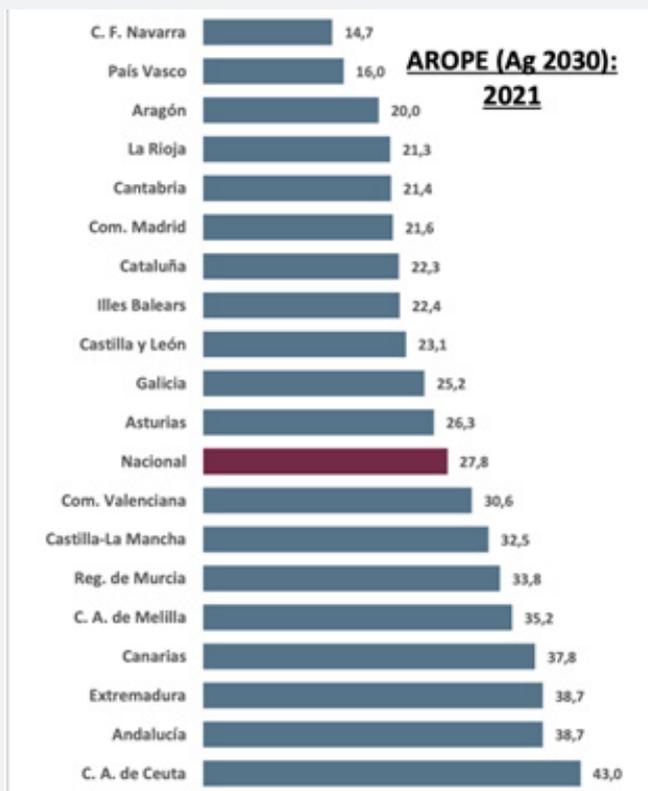
Índice AROPE. En el XII Informe: “El estado de la pobreza en España”, elaborado por la delegación española de la European Anti Poverty Network (EAPN), se examina el índice AROPE (At risk of poverty and/or exclusión), un indicador sintético que incluye la Privación Material y Social Severa (PMSS), Baja Intensidad del Trabajo en el Hogar (BITH) y datos de pobreza¹.

El índice AROPE mide el porcentaje de la población que se encuentra en riesgo de pobreza y/o exclusión social y es un indicador relativo que mide desigualdad. No mide, por tanto, pobreza absoluta, sino cuántas personas tienen ingresos bajos en relación con el conjunto de la población.



Pues bien, el índice AROPE en la Región de Murcia es del 33,8%, muy por encima de la media nacional que se encuentra en 27,8 y solo superada por Canarias, Extremadura y Andalucía (además de Ceuta y Melilla) (Gráfico 3). Ciertamente, hay que decir, que la Región de Murcia es una de las CC.AA. con mayor reducción de este indicador entre 2015 y 2021: un 14%.

Gráfico 3: Índice AROPE año 2021 por CC.AA (tomado de¹).



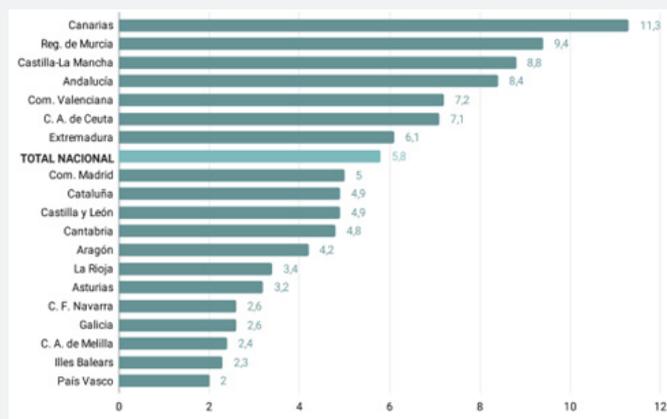
A pesar de esta mejoría en el último quinquenio, la RM es tradicionalmente una de las CC.AA. con tasas de pobreza más elevadas. Por tanto, el impacto en la salud de esa pobreza estructural e histórica es especialmente relevante en la población mayor que, además, sigue siendo, hoy en día, muy vulnerable económicamente. En efecto, cuando desagregamos el índice AROPE para las personas mayores de 64 años de la RM observamos como el 23,4% están en riesgo de pobreza y exclusión (por encima de la media nacional que es del 20,5%). El 8,4% de los murcianos mayores de 64 años tienen riesgo de pobreza severa y el 19,4% de pobreza no severa (ambos indicadores por encima de la media nacional y entre los peores del conjunto del estado).

Privación material y social severa (PMSS). PMSS incluye diversos aspectos básicos para la vida no abordables

1 Accesible en <https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/informe-ARPE-2022-la-situacion-en-las-CCAA.pdf>

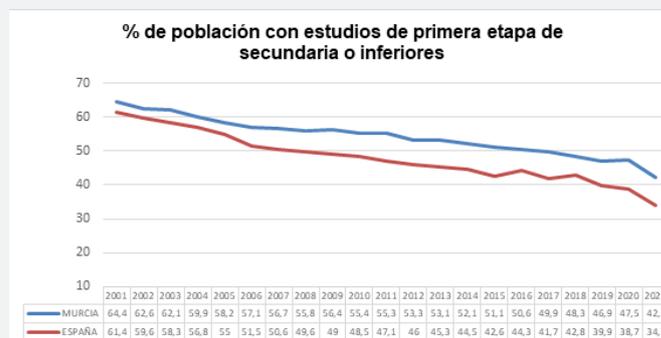
económicamente por las personas² (Anexo 1). El 10,2% de la población entra dentro de la categoría de PMSS en la Región de Murcia, sólo superada por Canarias y Andalucía y está lejos de la media nacional del 8,3%. Pero el PMSS en las personas mayores de 64 años es especialmente elevado: 9,5%, solo por debajo de Canarias y muy por encima de la media nacional que se encuentra en 5,8%² (Gráfico 4).

Gráfico 4: Privación Material y Social Severa por CC.AA. Mayores de 64 años (Tomado de ²)



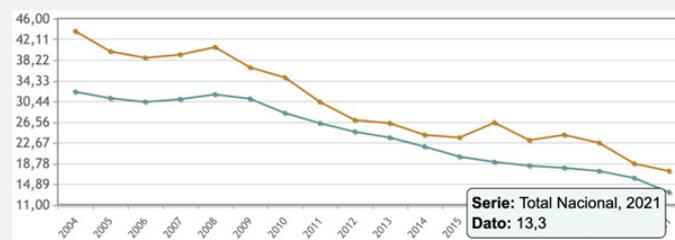
Nivel de estudios y abandono escolar. El nivel educativo ha sido históricamente, y sigue siendo en la actualidad, inferior en la RM que la media nacional. Los datos corresponden a la evolución de la población que sólo cuenta con el nivel educativo más bajo (Gráfico 5) y que, como vemos, tiene unas tasas que han ido reduciéndose desde 2001 pero menos que la media.

Gráfico 5: Evolución de la población con solo el nivel educativo inferior (tomado de INE)



Las tasas de abandono escolar temprano en la RM siguen siendo muy superiores a la media nacional (Gráfico 6): casi 1 de cada 5 jóvenes abandona sus estudios precozmente (17,3%). Existe una lenta mejoría desde 2004 pero el diferencial con la media nacional se ha incrementado en los últimos años.

Gráfico 6: Abandono escolar temprano (tomado de INE)

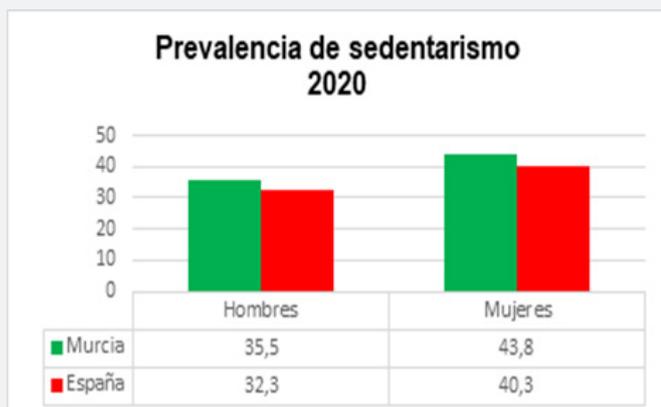


²“El impacto de las pensiones de viudedad y no contributivas en las necesidades de atención sociosanitarias” Accesible en https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/documentos/EAPN_informe_pensiones_100223.pdf

3.1.3. Indicadores de estilo de vida

Sedentarismo. La prevalencia de sedentarismo en la RM es más elevada que la media nacional (Gráfico 7) aunque existe una pequeña mejoría, especialmente en hombres, entre los años 2017 y 2020

Gráfico 7: Prevalencia de sedentarismo comparado con la media nacional (tomado de INE)



Tabaquismo. La prevalencia de tabaquismo en Murcia es la segunda más elevada de España (Gráfico 8)³ y, además, se ha incrementado en los últimos años, especialmente en mujeres (Gráfico 9)

Gráfico 8: Prevalencia de tabaquismo en la RM respecto al conjunto de CC.AA (tomado de INCLASNS) (la Región de Murcia tiene la abreviatura MC).

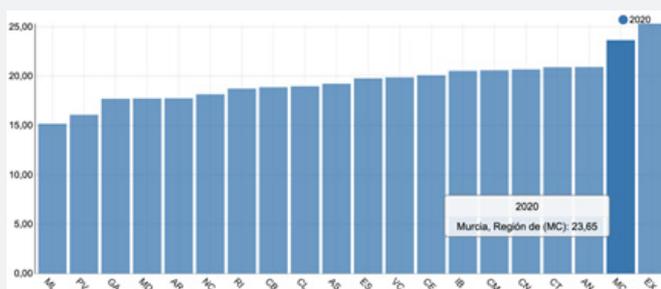
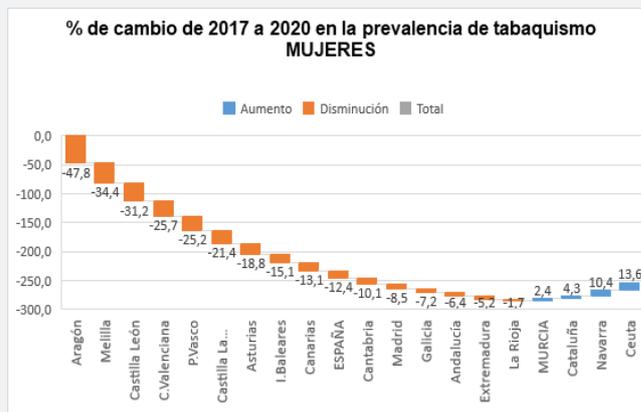


Gráfico 9: Incremento de la prevalencia de tabaquismo en mujeres entre los años 2017 y 2020



3.1.4. Indicadores de bienestar relacionados con la salud

Esperanza de vida al nacer. Según datos del Ministerio de Sanidad⁴, la esperanza de vida al nacer en España fue en 2020 de 82,2 años que, debido a la pandemia COVID, supone 1,5 años menos que en 2019. En la Región de Murcia, la esperanza de vida al nacer se encuentra en 82,4 años con un descenso respecto al 2019 de 0,4 años (solo Galicia, Canarias y Baleares tuvieron un descenso menor). Estas cifras hablan de un menor impacto de la pandemia en nuestra Región, al menos en el año 2020.

Sin embargo, hasta el año 2020, la esperanza de vida al nacer en la RM ha sido siempre inferior a la media nacional. Por ejemplo, en el año 2019, la media española era de 83,8 años mientras que la regional era de 82,8. Es decir, no es que la esperanza de vida en la Región haya mejorado, sino que, debido al menor impacto de la pandemia en 2020, ha empeorado menos que la media,

Años de vida saludable al nacer. El indicador de años de vida saludable al nacer es una medida de la salud de una población que indica la cantidad de años que se espera que una persona viva

3 Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS) Accesible en <http://inclasns.msssi.es/?show=true>

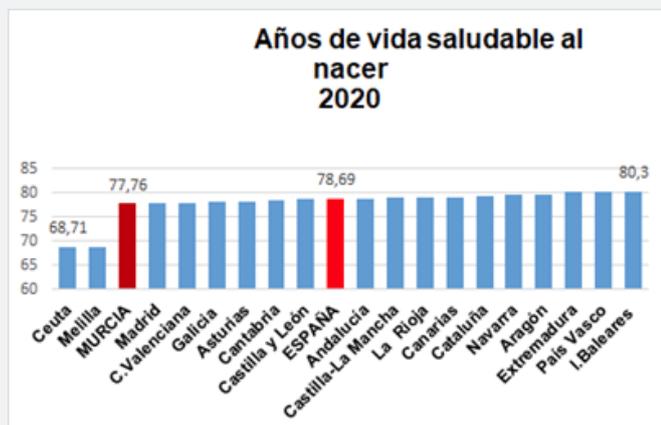
4 Esperanza de Vida 2020. Accesible en https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/ESPERANZAS_DE_VIDA_2020.pdf

en buena salud, sin limitaciones funcionales o enfermedades discapacitantes, al momento de su nacimiento. Por lo tanto, un mayor número de años de vida saludable al nacer indica una población más saludable y con menos discapacidades y enfermedades, lo que, a su vez, sabemos, está relacionado con factores como una buena alimentación, acceso a servicios de atención médica de calidad, saneamiento básico, educación, vivienda y empleo, entre otros. Como podemos ver en el Gráfico 10, la RM ha mantenido un diferencial significativo con la media nacional desde 2006, siendo en el año 2020 (Gráfico 11) el más bajo del conjunto del estado (excepto Ceuta y Melilla)

Gráfico 10: Evolución de los años de vida saludables al nacer (2006-2020). Región de Murcia y media nacional (tomado de INCLASNS)

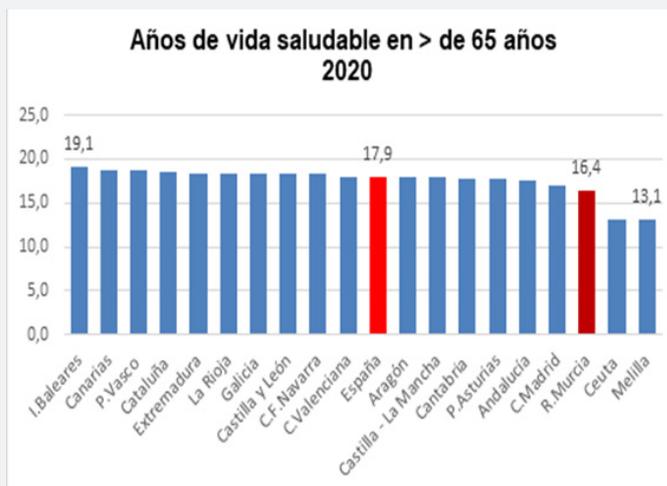


Gráfico 11: Comparación de años de vida saludable al nacer por CC.AA. (año 2020) (tomado de INCLASNS)



Años de vida saludables a partir de los 65 años. Indicador que es importante para planificar y evaluar las políticas públicas y los servicios de atención médica y social para la población de adultos mayores, y para promover la calidad de vida y el envejecimiento saludable. En España, de media, los años de vida saludables a partir de los 65 es de 17,9 años; en la Región de 16,4, de nuevo, la menor del conjunto del estado (excepto Ceuta y Melilla). (Gráfico 12)

Gráfico 12: Años de vida saludable a partir de los 65 años (tomado de INCLASNS)



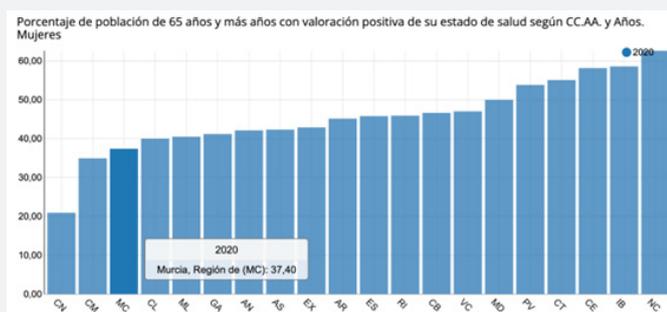
Salud auto-percibida. Este dato se obtiene a partir de la pregunta de la encuesta nacional de salud: “En los últimos 12 meses, ¿diría usted que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?”. El índice mide el porcentaje de la población que refiere sentir que su salud es buena o muy buena. El porcentaje de la población general de la RM que califica su salud como buena o muy buena es muy parecida a la media nacional en el año 2020 (algo lógico al tener una población más joven que la media).

Sin embargo, cuando desagregamos por edad, observamos como la salud auto-percibida de la población murciana mayor de 64 años que la valora como buena o muy buena es una de las tres peores del conjunto del estado y lejos del porcentaje medio nacional (42,88% vs 50,70%)³.



El dato es especialmente malo en las mujeres murcianas mayores: tan solo el 37,4% (10 puntos menos que los hombres de la Región de la misma edad) refiere buena o muy buena salud (Gráfico 13). La salud auto-percibida no solo está determinada por el número de enfermedades sino también por la pobreza y el apoyo social.

Gráfico 13: Salud auto-percibida como buena o muy buena en las mujeres mayores de 64 años (año 2020) (tomado de INCLASNS)



Salud mental. El riesgo de mala salud mental⁵ en 2017 era el más elevado de España y venía de aumentar un 35% entre 2006 y 2017 (incremento porcentual más elevado del Estado). Los datos tras la pandemia son todavía más preocupantes y convierten la salud mental en uno de los más graves problemas de salud pública de nuestra comunidad. La prevalencia de enfermedad mental es la segunda más elevada de España, solo por debajo de Galicia y lejos de la media (13,85 vs 9,18). Sin embargo, en mujeres las tasas son las más elevadas (Gráfico 14): 1 de cada 5 mujeres murcianas declaran sufrir una enfermedad mental.

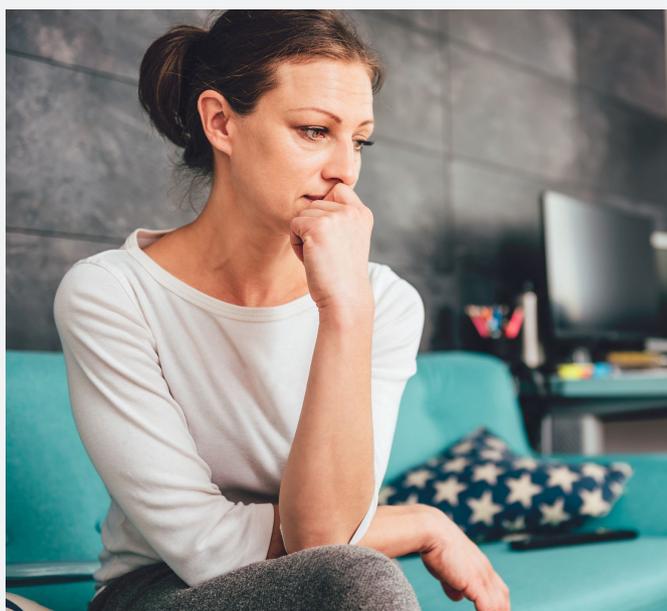
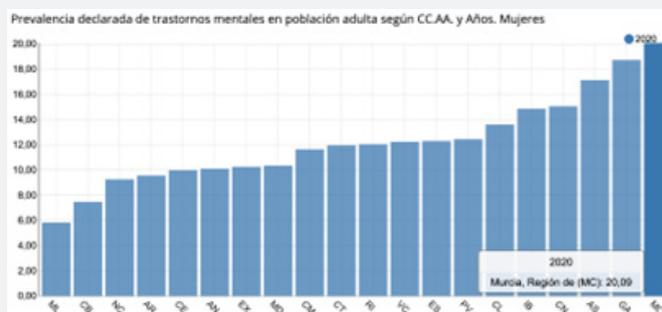


Gráfico 14: Prevalencia de enfermedad mental en las mujeres (tomado de INSCLASNS)



Es importante tener en cuenta que la salud mental está influida, además de por el acceso a servicios de salud mental, por diversos factores como la calidad de vida o el entorno social y económico, entre otros. Por eso es un dato especialmente preocupante que habla, fundamentalmente, de unas condiciones de vida regionales duras, más concretamente para las mujeres, y que, parece, han empeorado en los últimos años.

Un problema emergente, y de gran importancia, es la adicción al juego, que afectaba en 2019 al 4,7% de la población entre 14 y 18 años de la Región de Murcia, estando relacionada, entre otros factores con un nivel socioeconómico más bajo (Moñino-García M. 2022 <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-022-00950-7>)

Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Las tasas de IVE en la RM son históricamente de las más elevadas del conjunto del estado, especialmente entre las mujeres menores de 20 años (Gráfico 15)

Gráfico 15: Incidencia de IVE en las mujeres menores de 20 años durante el año 2020 (tomado de INCLASNS)



La incidencia de IVE es dependiente de factores como la educación sexual y reproductiva (que puede ayudar a prevenir embarazos no deseados y, por lo tanto, reducir la necesidad de IVE), la accesibilidad a métodos anticonceptivos, el nivel

⁵ El riesgo de mala salud mental señala el número de personas de 15 y más años que obtuvieron una puntuación en el cuestionario de salud mental general GHQ-12 que superaba el dintel por encima del cual se considera que se está en riesgo de mala salud mental en la Encuesta Nacional de Salud.

socioeconómico (las mujeres que viven en la pobreza suelen tener menos acceso a educación sexual y reproductiva o anticonceptivos) o la salud mental (mujeres con problemas emocionales pueden tener con más frecuencia conductas de riesgo).

Durante el año 2021 se realizaron un total de 3.267 IVE en la RM, prácticamente todas en clínicas concertadas. Pero, como reclamó el Defensor del Pueblo, la IVE debe formar parte de la cartera de servicios de la sanidad pública, siendo de referencia la red de centros y hospitales públicos y garantizando que las mujeres que decidan interrumpir su embarazo puedan hacerlo en el centro público hospitalario más cercano a su domicilio. La aprobada reforma de la ley de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo enfatiza que estos procedimientos sean realizados prioritariamente en centros públicos. Las intenciones del Gobierno Regional expresadas por el Consejero de Salud⁶ y concretadas en un concierto con varias clínicas privadas, adjudicado en 2022 por un total de 6.473.000 euros⁷, entran en total contradicción con el espíritu de esta Ley. En este contrato establecen, para un período de 4 años, que todas las solicitudes de IVE serán derivadas a centros privados, excepto las que superen las 23 semanas que serían asumidos por un hospital público de la Región de Murcia.



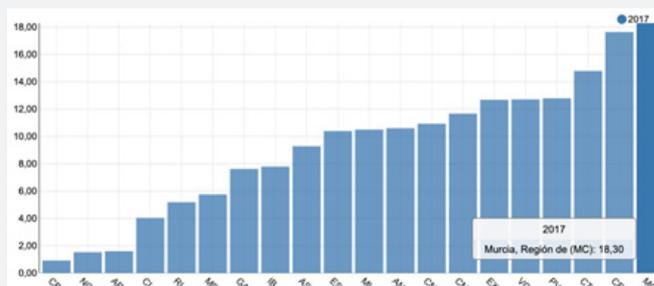
La elevada incidencia de IVE habla, por tanto, de una falta clamorosa de educación sexual y reproductiva y una elevada prevalencia de conducta de riesgo, especialmente entre nuestras jóvenes, que además son “castigadas” derivándolas a centros privados, con frecuencia lejos de sus hogares, y rompiendo por completo la necesaria integralidad y continuidad de la atención.

Obesidad y sobrepeso. Más del 40% de la población mayor de 18 años y del 25% de los menores de la RM (especialmente niñas) tienen sobrepeso definido como un IMC entre 25,0 y

29,9, el porcentaje más elevado entre todas las CC.AA en ambos indicadores.

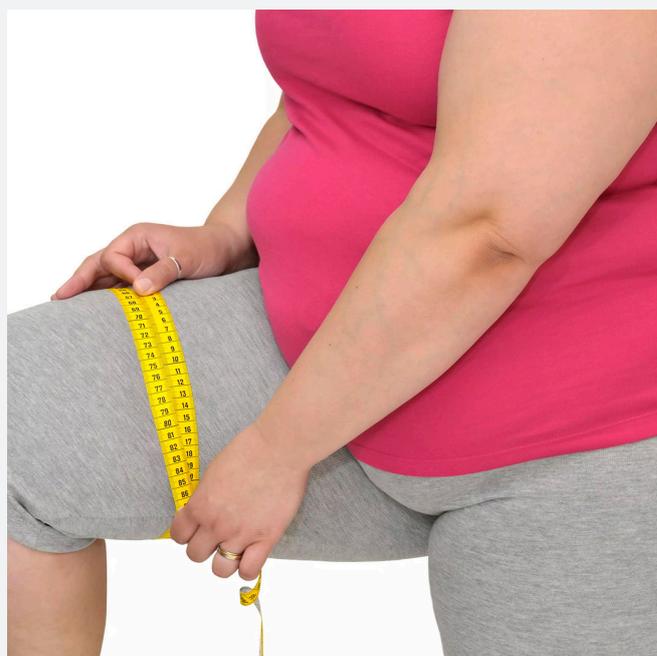
Los datos de obesidad (definida como IMC>30) son especialmente preocupantes. En la población adulta estamos lejos de la media nacional (19,9% vs 16%); en la infantil, especialmente entre los niños, lideramos las tasas (Gráfico 16)

Gráfico 16: Obesidad en niños de la RM (Tomado de INCLASNS)



La obesidad y el sobrepeso son determinantes biológicos de la salud fundamentales ya que son factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades como las cardiovasculares, cáncer, diabetes o degenerativas del aparato locomotor.

Sus causas son variadas y van más allá de las dietas poco saludables: causas socioeconómicas (“la pobreza engorda”), falta de actividad física, diseños urbanísticos que no favorecen el ejercicio y el contacto con la naturaleza, factores psicológicos y emocionales.



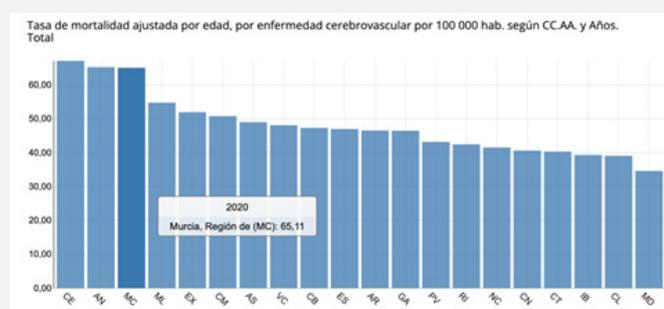
⁶ <https://www.laverdad.es/murcia/pedreno-defende-derivacion-20220906125547-nt.html>
⁷ Consultado el 12 de febrero de 2023 en <https://contrataciondelestado.es/wps/portal/plataforma>

3.2. La salud de la población de la Región de Murcia

3.2.1. Mortalidad

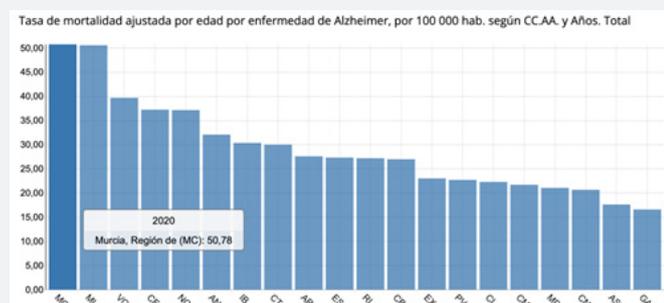
Mortalidad por enfermedad cerebrovascular: la RM es la CC.AA. con tasas de mortalidad por enfermedad cerebrovascular más elevadas (excepto Ceuta y Andalucía) y lejos de la media nacional: 65,11 cada 100.000 hab vs 47,73 (Gráfico 17)

Gráfico 17: Tasa de mortalidad, ajustada por edad, por enfermedad cerebrovascular por 100.000 habitantes (año 2020) (tomado de INCLASNS)



Mortalidad por demencia tipo Alzheimer⁸: tasas más elevadas de España (50,78 vs 27,36) (Gráfico 18). Este diferencial es especialmente importante en las mujeres murcianas (57,22 vs 30,69)

Gráfico 18: Tasa de mortalidad ajustada por edad por demencia tipo alzheimer (tomado de INCLASNS)



Las tasas de demencia tipo alzheimer, además de la edad y el componente genético -que determina una minoría de los casos- tienen que ver con condiciones de vida (falta de ejercicio, mala alimentación, estrés, soledad), la escasa reserva cognitiva (falta de estimulación cognitiva a través de la cultura o la participación, bajo nivel educativo), factores medioambientales (tóxicos químicos, atmosféricos, tabaco, alcohol u otras drogas) o mal

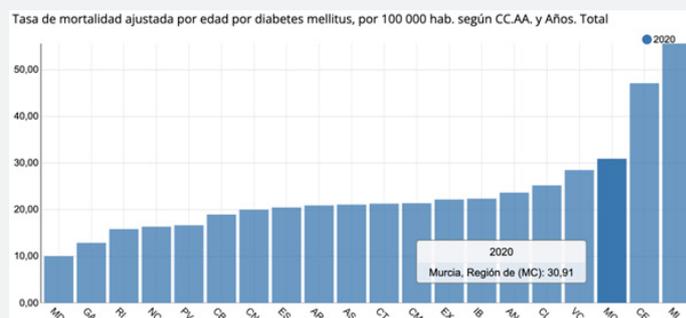
control de factores de riesgo cardiovascular (como hipertensión o diabetes). Es decir, las elevadas tasas de mortalidad por demencia tipo alzheimer de la población murciana hablan de un crónico y preocupante contexto regional de toxicidad cerebral.

Mortalidad (ajustada por edad) de enfermedades respiratorias: tanto para enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (17 vs 13 por 100.000), la más elevada del conjunto del Estado, como para neumonía/influenza (12 vs 9,2 por 100.000), la tercera más elevada, las enfermedades respiratorias muestran un enorme impacto en la población murciana

Mortalidad (ajustada por edad) de enfermedad isquémica cardíaca⁹: una de las más elevadas de España (32,9 vs 30 por 100.000), tras Andalucía y Asturias y Canarias

Mortalidad por diabetes: es la más elevada del conjunto, excepto Ceuta y Melilla (Gráfico 19); más de diez puntos porcentuales por encima de la media (30,41 vs 20,46)

Gráfico 19: Mortalidad ajustada por edad por diabetes (tomado de INCLASNS)



3.2.2 Morbilidad y discapacidad

La morbilidad es la medida de la frecuencia y la gravedad de las enfermedades en una población. Es un indicador importante de la salud y se utiliza para identificar las necesidades de atención médica y prever el uso de recursos sanitarios. También es importante para la evaluación de la eficacia de las intervenciones médicas y de salud pública en la prevención y tratamiento de enfermedades. La morbilidad puede desencadenar mayor o menor discapacidad.

La prevalencia de diabetes en la población general es la tercera más elevada de España, por encima de la media (9,86 vs 7,51)³. Sin embargo, en hombres la prevalencia es la más elevada del conjunto del Estado: 12,18% (Gráfico 20). La consecuencia más grave de la diabetes es la tasa de amputaciones que en la Región es más elevada que la media: 0,17 vs 0,13 amputaciones por cada 1000 personas mayores de 15 años.

⁸ La demencia tipo Alzheimer es la forma más común de demencia, representando alrededor del 60-80% de los casos.
⁹ Informe Anual del SNS (2020-2021) Accesible en https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/INFORME_ANUAL_2020_21.pdf

Gráfico 20: Prevalencia de diabetes en hombres (año 2020) (tomado de INSCLASNS)



vs 5,61 ingresos por 10.000 habitantes) o enfermedad hipertensiva (18,6 vs 14,6 ingresos por 10.000 habitantes)³.

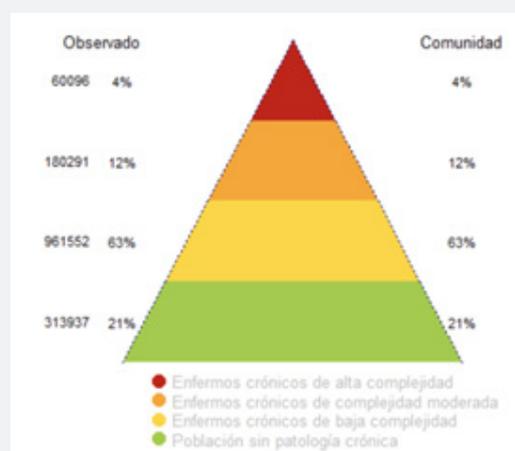
Cronicidad compleja. Los datos de estratificación poblacional según morbilidad del año 2021 señalan que el 4% de la población de la RM (60.096 personas)¹⁰ tiene una situación de salud clasificada como cronicidad de alta complejidad (presencia de enfermedades crónicas complejas que requieren una atención médica intensiva y multidisciplinaria) y que se benefician de estrategias proactivas de intervención (Figura 1) planificadas en Planes de Cronicidad

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Segunda prevalencia más elevada y por encima de la media (3,65 vs 2,68)³ (Gráfico 21)

Gráfico 21: Prevalencia de EPOC en la población general (tomado de INCLASNS)



Figura 1: Estratificación de la población de la Región de Murcia según morbilidad (tomado de ¹⁰)



Tasas de hospitalización. Las tasas de hospitalización dependen de diferentes factores que son distintos para cada enfermedad. Desde luego la prevalencia de la enfermedad determinará la tasa de hospitalizaciones pero también es dependiente de la calidad del sistema sanitario (algunas condiciones son tratables ambulatoriamente cuando están en etapas iniciales o se puede realizar prevención secundaria), factores socioeconómicos (la tasa de hospitalización puede ser mayor en poblaciones con bajos ingresos o niveles de educación, debido a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y a un acceso limitado a atención médica) o la calidad de las políticas de salud pública (la prevención de enfermedades, la vacunación, la promoción de estilos de vida saludables y la mejora de otras políticas que generan salud).

Discapacidad. En la Encuesta de Discapacidad, Autonomía y Dependencia realizada por el INE en 2020 y resumida en una reciente publicación del CES¹¹ se observa una peor funcionalidad de nuestra población mayor de 64 años que la media. Los datos son especialmente negativos entre los mayores de 80 años que presentan mayores dificultades que la media nacional para vestirse (47,9 vs 40,7%), asearse (54,8 vs 44,6%) y desplazarse fuera de casa (65,5% frente a 58,7%).

La RM tiene una de las tasas de hospitalización más elevadas de España y lejos de la media por infarto cardiaco (13,73 vs 10,81 ingresos por 10.000 habitantes), enfermedad cerebrovascular (22 vs 17,9 ingresos por 10.000 habitantes), diabetes (7,21

Nivel del grado de dependencia. Las personas dependientes murcianas son valoradas como dependientes graves o muy graves en un porcentaje más de 10 puntos superior a la media nacional: 62,97% vs 52,64% ¹²



¹⁰ Accesibles en <https://www.murciasalud.es/estratificacion/2021/00inici.html>

¹¹ Modelo de atención en residencias y centros de día de personas mayores de la Región de Murcia: una propuesta sociosanitaria Accesible en <https://www.cesmurcia.es/cesmurcia/paginas/publicaciones/UltimasPublicaciones.seam?pubId=3101>

¹² Estadísticas IMSERSO. Accesible en https://imserso.es/documents/20123/3515174/estsisaad_20230131.pdf/9f945de5-1d41-f1d5-1776-00254c394543

Síntesis

Los datos indican contundentemente que la población de la RM, a pesar de ser la más joven del conjunto de CC.AA., está sustancialmente más enferma que la media nacional, especialmente en enfermedades y condiciones que afectan gravemente la calidad de vida y la funcionalidad por deterioro cognitivo (enfermedad cerebrovascular, demencia tipo alzheimer), disnea (EPOC, obesidad, cardiopatía isquémica), trastornos del ánimo o dificultad para la movilización (enfermedad cerebrovascular, obesidad, amputaciones por diabetes). Esa enorme carga de enfermedad tiene, sin duda, su origen en determinantes sociales que castigan a la población murciana desde hace décadas como las elevadas tasas de pobreza, precariedad laboral, contaminación medioambiental o bajo nivel educativo que requieren políticas socio-económicas de largo plazo más que sanitarias. Pero también existe una carga de enfermedad importante por condiciones que son prevenibles mediante políticas de salud pública que obviamente o no están funcionando o no se ejercen con la suficiente intensidad como comprobamos cuando analizamos los datos que señalan peores resultados que la media nacional en aspectos como el tabaquismo, el sedentarismo o la obesidad/sobrepeso o la incidencia de IVE en las mujeres jóvenes.

Es muy preocupante, especialmente, la situación de la salud mental con las tasas de riesgo de mala salud mental y de prevalencia de enfermedad mental más elevadas del conjunto de las CC.AA. Hay que destacar el empeoramiento sucedido en los últimos años, especialmente entre las mujeres murcianas, lo que

habla fundamentalmente de factores sociales muy estresantes: patriarcado, desigualdad, precariedad laboral, doble ocupación, pobreza, diseños urbanísticos que no facilitan la vida cotidiana, soledad, falta de oportunidades de participación social, etc. Esta situación no puede desligarse de conductas de riesgo muy prevalentes en las mujeres murcianas como el tabaquismo o las relaciones sexuales sin protección.

La población mayor de la RM es la principal víctima de la pobreza y de las escasas oportunidades de educación que tuvieron en su juventud lo que produce que, junto con otras causas como el impacto durante décadas con un medioambiente degradado (contaminantes agrícolas y ganaderos, residuos mineros, industria contaminante), tóxicos (tabaco, alcohol y otras drogas), daño cardiovascular y condiciones de vida precarias, ahora lo paguen en forma de una carga de enfermedad muy elevada y con graves consecuencias en términos de sufrimiento, discapacidad y dependencia.

A pesar de que nuestra relativa juventud tendría que ser una ventaja para poder contar con más recursos sanitarios y sociales y mejorar la morbilidad y calidad de vida de la población, los datos muestran un escaso impacto del sistema sanitario y social para mejorar la calidad de vida o el sufrimiento por causa de la enfermedad y, por tanto, un sistema sanitario público poco eficaz y muy ineficiente.



3.3. Recursos

3.3.1 Recursos sociales

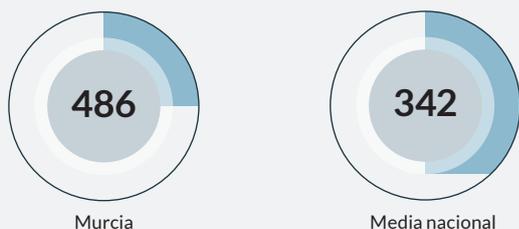
Ante una población con tanta carga de enfermedad crónica, impacto en términos de discapacidad y dependencia, sufrimiento subjetivo y con tan escasos recursos materiales y personales, las políticas sociales son fundamentales para reducir y aliviar la carga mórbida. En el Anexo 2 desarrollamos (con sus referencias) los datos que a continuación expresamos sintéticamente .

Con unas pensiones que no permiten superar el umbral de la pobreza a casi un tercio de los beneficiarios de las pensiones de jubilación y casi la mitad de los que cobran la de viudedad, el gasto por habitante y año en servicios sociales fue un 29% menor que la media nacional en 2020 (317,4 € vs 446,9 €).

La inversión anual media por persona dependiente está muy por debajo de la media nacional (4.537,6 € vs 6.026 €). El número de plazas residenciales por cada 100 personas mayores de 64 años es la más baja de España, lejos de la media nacional (2,35 vs 4,19) y la recomendación de la OMS (que es de 5) lo que tiene tres consecuencias: más listas de espera, más personas con necesidades de cuidados importantes viviendo en sus domicilios mientras esperan para acceder a una plaza y, como se prioriza a las personas con peor situación de salud y dependencia, más morbilidad entre los mayores que finalmente ingresan en una residencia.

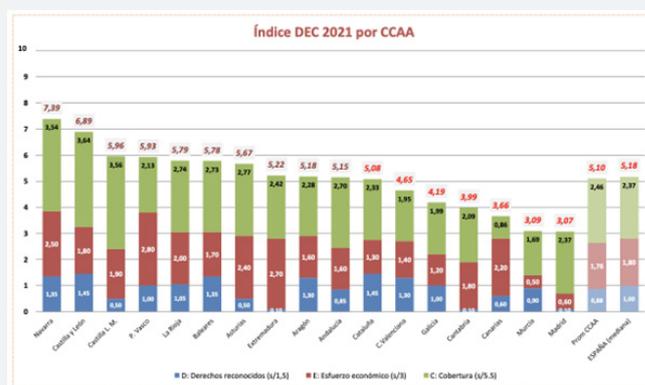
Siendo la comunidad autónoma con menor porcentaje de población mayor se podría suponer una mayor agilidad en los trámites de las ayudas a la dependencia ya que la carga administrativa es relativamente inferior a la del resto de las CC.AA. Sin embargo el acceso a las ayudas es menor que la media nacional (solo se han recibido el 28,63% de las peticiones que corresponden, una tasa inferior a la media nacional que es del 31,18%, en relación con la población potencialmente dependiente) y el tiempo de espera mayor (486 días vs 342 días) en enero de 2023.

Tiempo de espera ayudas



La peor financiación de los servicios sociales y el peor desempeño de sus órganos de gestión hace que el Índice DEC que valora globalmente la calidad de los servicios sociales de cada CC.AA. sea el que obtiene menor puntuación calificándolo como irrelevante¹³ (Gráfica 22)

Gráfica 22: Índice DEC por CC.AA (2020) (tomado de ¹³)



3.3.2 Recursos Sanitarios

Gasto sanitario. En este apartado es importante diferenciar entre gasto presupuestado y gasto real. Cuando observamos el gasto presupuestado, la RM se posiciona como una de las CC.AA. con menos compromiso político en el gasto sanitario per cápita. El presupuesto en salud para el año 2023, con un total de 2.367 millones de euros, ha supuesto un incremento del 5,6 % en relación al del año pasado¹⁴. Sin embargo, la cantidad presupuestada de 1.534,64 euros por habitante está un 16% por debajo de la media nacional que es de 1.808,50 euros, siendo la Región de Murcia la tercera CCAA con un presupuesto por habitante menor, solo superada por la Comunidad de Madrid (1.446,13 euros) y por Cataluña (1.456,45), que prorroga los presupuestos del pasado año¹⁵.

Además, la tendencia desde 2010 es descendente. Si se analiza la evolución del presupuesto sanitario desde el año 2010 se aprecia como Murcia es una de las comunidades autónomas en donde el presupuesto sanitario per cápita ha disminuido de forma más importante al compararlo con otras CC.AA. Mientras que en el año 2010 el presupuesto sanitario per cápita en euros estaba muy cercano a la media nacional, en el año 2023 se sitúa muy por debajo del valor medio estatal (Gráfica 23)

13 Informe accesible en <https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2022/06/00-DEC-2021-todas-CCAA-comprimido.pdf>

14 Informe del proyecto de presupuesto en salud de la CARM para 2023. Diciembre de 2022. <https://bit.ly/3UWjbtZ>

15 Los Presupuestos Sanitarios de las CCAA para 2023. FADSP. <https://fadsp.es/wp-content/uploads/2022/12/Pre2023.pdf>

Gráfica 23: Disminución presupuestos sanitarios 2010-2023 (elaboración propia)



El compromiso del gobierno regional con la sanidad pública se refleja en lo que se presupuesta. Pero, ciertamente, el gasto real, como decíamos en la introducción, está lejos de ajustarse a lo que se planifica. Por incompetencia en la gestión o por estrategia política, en la RM sistemáticamente desde hace años se acaba gastando mucho más dinero del previsto en los presupuestos. El gasto consolidado público en sanidad en la Región de Murcia para 2020, el último disponible, fue de 2.670 millones, lo que supuso una desviación sobre el presupuesto de ese año, 1.885 millones de euros, del 30% (Tabla 3) . Este gasto consolidado supone el segundo porcentaje más elevado de PIB dedicado a sanidad de todas las CC.AA. (tras Extremadura y junto con Asturias), territorios mucho más envejecidos y con mayor carga de enfermedad.

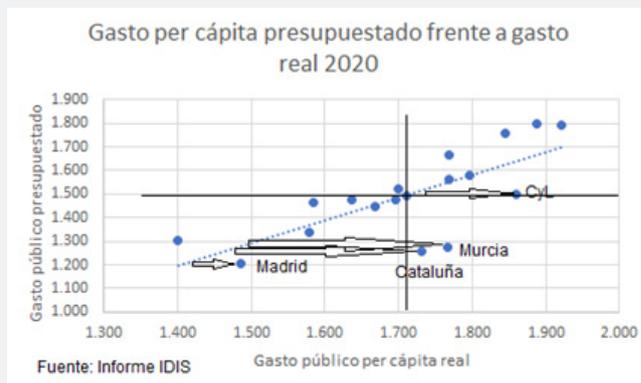
Tabla 3: Gasto sanitario público consolidado por CC.AA (2020) (tomado de Estadística de Gasto Sanitario Público¹⁶)

	Millones de euros	Porcentaje sobre PIB	Euros por habitante
Andalucía	11.858	7,9%	1.398
Aragón	2.350	6,7%	1.765
Asturias (Principado de)	1.922	8,9%	1.892
Baleares (Illes)	1.917	7,2%	1.577
Canarias	3.629	9,3%	1.617
Cantabria	1.047	8,1%	1.798
Castilla y León	4.454	8,0%	1.863
Castilla-La Mancha	3.468	8,8%	1.698
Cataluña	13.473	6,3%	1.760
Comunitat Valenciana	7.985	7,6%	1.585
Extremadura	1.881	9,7%	1.776
Galicia	4.593	7,8%	1.702
Madrid (Comunidad de)	10.077	4,7%	1.491
Murcia (Región de)	2.670	8,9%	1.769
Navarra (Comunidad Foral de)	1.220	6,3%	1.856
País Vasco	4.265	6,4%	1.948
Rioja (La)	507	6,2%	1.604
Comunidades Autónomas	77.316	6,9%	1.638

Lo presupuestado para 2023 (2.367 millones) es inferior en 132 millones al gasto real ejecutado en 2019 (2.499 millones de euros), un año previo a la pandemia de COVID-19. El tamaño

del desfase económico es el peor de todas las CC.AA., junto con Cataluña (Gráfico 24).

Gráfico 24: Gasto per cápita presupuesto frente a gasto real (elaboración propia)



En el año 2020 se presupuestaron 1300 euros/habitante/año y se gastaron cerca de 1800 (casi un 40% más). La media nacional en el desfase entre lo presupuestado y lo gastado realmente no supera el 13%. Un desfase presupuestario de tal magnitud y tan mantenido en el tiempo no puede ser casualidad. A pesar de los llamamientos del Tribunal de Cuentas a que la desviación sea mucho menor¹⁷, el déficit aumenta cada año. Como decíamos en la Introducción, es imposible realizar una gestión de ningún presupuesto cuando se sabe que va a faltar un mínimo del 30% de financiación desde el principio.

Este déficit “construido” permite actuar con una gran discrecionalidad en la gestión ya que: a) no se incentiva la eficiencia en los distintos órganos cuando el déficit es inevitable; b) es más fácil justificar recortes en acciones que aportan valor al sistema público mientras se abre la mano con acciones en las que el principal retorno es privado (gasto en medicamentos y tecnologías, constructoras o empresas de servicios externalizables) vendido como mejora de la eficiencia y c) sistemáticamente, se lanza a la opinión pública el mensaje falso de que la sanidad pública es insostenible y solo genera déficit cuando la realidad es que la sanidad pública es sistemáticamente infra-presupuestada en nuestra Comunidad Autónoma.

Gasto farmacéutico. Ser la CC.AA. con menos población envejecida debería notarse especialmente en el gasto farmacéutico, muy dependiente del porcentaje de personas mayores. En el año 2022 se gastaron 268.094.757 millones de euros en farmacia hospitalaria¹⁸. Cuando se analiza per cápita observamos como el gasto, en 2021, está un poco por debajo de la media nacional (184,09 vs 185,42)¹⁹. Estos datos no son entendibles cuando la RM es la CC.AA más joven. Comunidades

16 Tomado de <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
 17 https://transparencia.carm.es/wres/transparencia/doc/Fiscalizacion/2019_Informe_Tribunal_Cuentas_CARM.pdf
 18 <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/ConsumoHospitalario/CHDiciembre2022.htm>

cuyo envejecimiento es parecido al de la RM, como Canarias o Andalucía, o mucho más envejecidas, como Navarra, tienen un gasto en farmacia hospitalaria sensiblemente inferior.

En el año 2022, la RM ha gastado 448.748.889 millones de euros en medicamentos recetados ambulatoriamente, un 6,31% más que en el año 2021. El incremento interanual del gasto por receta desde el año 2017 podemos verlo en la Tabla 4

Tabla 4: Incremento interanual del gasto en medicamentos recetados ambulatoriamente (elaboración propia).

	Región de Murcia	Media España
2017-2018	0,93%	3,00 %
2018-2019	8,56%	2,98%
2019-2020	4,03%	2,63%
2020-2021	7,57%	6,05%
2021-2022	6,31%	4,93%
Total 2017-2022	27,4%	19,59%

Como vemos, en el último quinquenio la RM ha tenido incrementos en el gasto farmacéutico dependiente de recetas sistemáticamente superiores a la media nacional (casi un 8% superior de media). En el año 2021, el gasto per cápita en recetas fue uno de los más elevados de España y más elevado que la media: 282,69 vs 263,10¹⁸. De nuevo esto es una incongruencia dada la juventud de nuestra población. Navarra, una CC.AA. mucho más envejecida, tuvo un gasto per cápita de 233,15 en 2021 (casi un 20% menos).

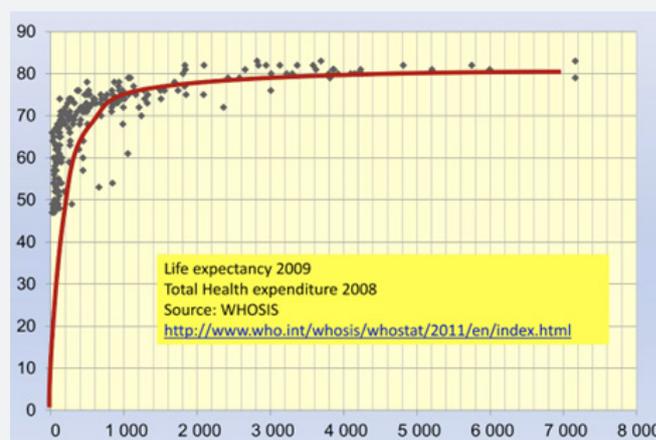
Que el gasto farmacéutico no se gestiona es obvio: el gasto real en productos farmacéuticos es una de las partidas con la desviación más importante. Si se presupuestaron en 2022 un total de 540 millones de euros para la farmacia prescrita en el sistema público regional, a final de septiembre de 2022 se habían gastado ya más de 745 millones de euros y la previsión de gasto para todo este año es de 993,5 millones de euros²⁰.

A pesar del amplísimo margen de mejora ya que, por ejemplo, la RM es la CC.AA. con un menor porcentaje de genéricos recetados (el 33,5%)²¹, no hay ninguna medida recogida en los presupuestos para 2023²² ni objetivos en la reducción de ese gasto en la cartera de servicios de los centros ni en los acuerdos de gestión de las diferentes áreas de salud²³.

Curva de rendimientos decrecientes de la inversión sanitaria en la Región de Murcia. Desde hace años existen muchos informes que hablan de que a partir de cierto nivel de inversión en sanidad se pierde su capacidad para mejorar la salud en

términos de calidad o cantidad de vida (Gráfico 25). Países cerca del final de la parte plana de la curva gastan el triple que los que están cerca del inicio de la curva sin que se incremente la supervivencia (España está en la parte plana con 2.775 dólares internacionales)

Gráfico 25: Curva de rendimientos decrecientes: más gasto per cápita en sanidad (en dólares internacionales) no mejora la expectativa de vida (tomado de OMS). Los puntos son los diferentes países del mundo.



En la RM parece claro que, por la elevada utilización del sistema de salud murciano (frecuentación en atención primaria y urgencias hospitalarias), la enorme inversión farmacéutica -desproporcionada a la edad de nuestra población-, o un gasto real per cápita -que es más elevado que la media nacional-, la inversión sanitaria está teniendo muy escaso impacto en los resultados en salud de la población. Ello indica tres problemas:

- a. El gasto sanitario en la Región de Murcia se encuentra en la parte plana de la curva. Esto quiere decir que sin cambios en el destino de la inversión sanitaria solo seguiremos avanzando por la parte plana de la curva, es decir, tendremos más sanidad pero no más salud. Por ejemplo, desde el año 2014 el gasto real en sanidad se ha incrementado un 27% (596 millones de euros) sin que haya habido impacto en los principales resultados en salud regionales (Gráfico 26).

19 <https://fadsp.es/wp-content/uploads/2022/05/InformeCCAA22.pdf>

20 Indicadores de gasto Farmacéutico y Sanitario. Ministerio de Hacienda y Función Pública.

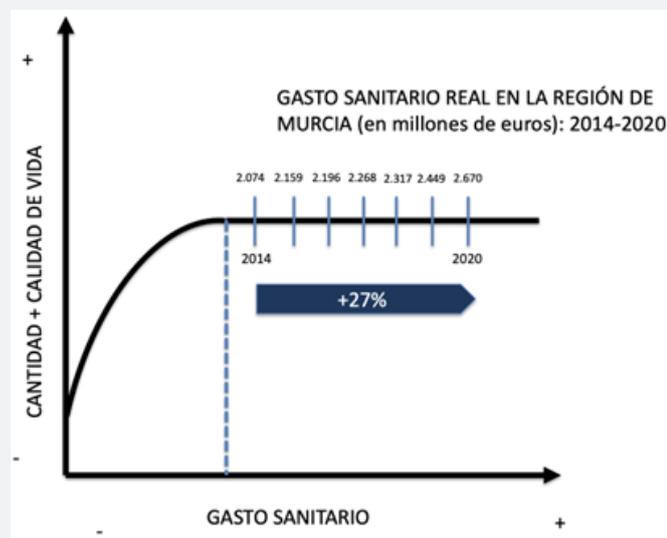
<https://www.hacienda.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/EstabilidadPresupuestaria/InformacionAAPPs/Indicadores-sobre-Gasto-Farmac%C3%A9utico-y-Sanitario.aspx>

21 Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud, 2020-2021. Informe monográfico. Ministerio de Sanidad. 2022. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/Informe_PrestacionFarmaceutica_2020-21.pdf

22 ADSP RM Informe del proyecto de presupuesto en salud de la CARM para 2023. Diciembre de 2022. <https://bit.ly/3UWjbtZ>

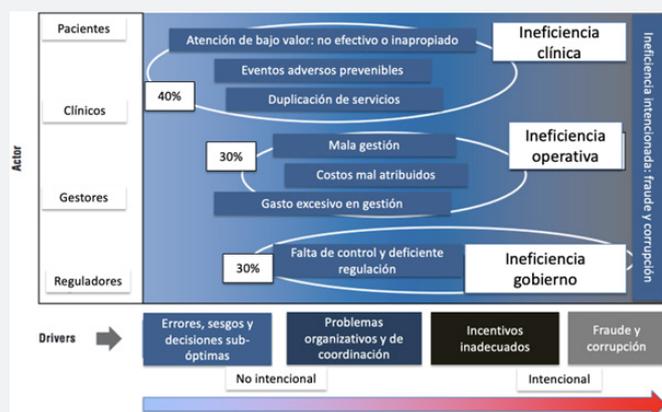
23 Portal de Transparencia CARM Servicio Murciano de Salud https://transparencia.carm.es/web/transparencia/-/servicio-murciano-de-sal-1?p_state=maximized#psc.tab=0

Gráfico 26: Curva de rendimientos decrecientes en el gasto sanitario de la RM: a partir de la línea discontinua, más inversión en sanidad no produce más cantidad/calidad de vida (elaboración propia). Los datos del gasto sanitario consolidado están tomados de ²⁴. El gráfico es una interpretación cualitativa que pretende ilustrar el fenómeno.



b. En la parte plana de la curva existe una enorme ineficiencia. Los cálculos más optimistas señalan que un mínimo del 20% del presupuesto sanitario de los países de la Unión Europea podría estar siendo desperdiciado. En el Gráfico 27 podemos ver los principales causantes de la ineficiencia sanitaria

Gráfico 27: principales factores que impulsan la ineficiencia sanitaria. Adaptado de ²⁵



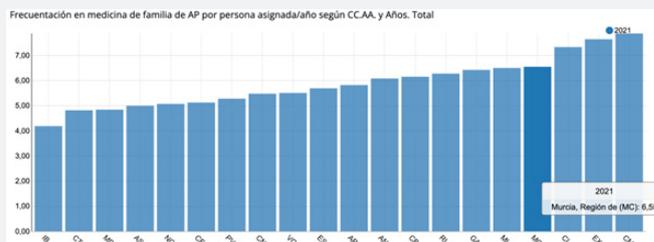
Por ejemplo, la RM gastó en 2021 en medicamentos de receta un 20% más per capita que la Comunidad Autónoma Navarra (un territorio mucho más envejecido que la RM y con mejores indicadores de salud): 222,9 vs 277,9 euros. En millones de euros la reducción de la ineficiencia farmacéutica, si la RM gastara lo mismo que Navarra en

farmacia ambulatoria, sería de 84.423.358 de euros al año.

c. La actividad sanitaria que no genera más salud pero sí más gasto limita los recursos existentes para otras acciones valiosas: costo oportunidad. El costo oportunidad perjudica especialmente a los grupos más vulnerables (como las personas mayores) debido a la ley de beneficios inversos que explicamos en la introducción. Además, el costo oportunidad impide que exista presupuesto para financiar otras políticas productoras de salud (más recursos sociales, viviendas de calidad y asequibles, mejoras de condiciones laborales, educación, etc). Hay que recordar que el gasto sanitario se llevó el 8,9% del PIB regional en 2020, uno de los mayores porcentajes de todas las CC.AA.

Atención primaria (AP). La población de la RM acude a su médico de AP con más frecuencia que la media nacional (Gráfico 28): 6,55 visitas/año vs 5,693. De nuevo, estos datos no son proporcionales a la juventud de nuestra población. La frecuentación a pediatría también es más elevada que la media nacional: 6,12 vs 5,10.

Gráfico 28: Número medio de visitas anuales por médico de familia al año (datos de INCLASNS)



Esa crisis de la AP se ve reflejada en las contestaciones a encuestas de la población que en la Región si pudieran escoger en un sistema de AP privado el 30,7% lo harían por encima de la media del estado del 28,30%; o en que de 2019 a 2022 se ha reducido la nota a la atención recibida en la sanidad pública de AP del 7,03 a 6,36²⁶.

De acuerdo con la información de los usuarios, en la RM, la media en conseguir cita con el Médico de Familia en 2022 es de 8,5 días. En el 88% la demora es de más de 2 días y en el 54% de más de 7 días²⁶.

Atención hospitalaria. La RM tiene más camas hospitalarias por 1000 habitantes en funcionamiento que la media nacional (3,10 vs 2,95), casi el 75% públicas²⁷. En general la dotación de equipos técnicos (quirófanos, hemodiálisis, hemodinámica, TAC o RNM) es suficiente. Sorprende la frecuentación en las urgencias hospitalarias. En el año 2020 fue de 517 visitas/año por cada 1000 habitantes (un 7% por encima de la media nacional que es de 484)²⁷.

24 <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/InforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>
 25 Ver "Tackling Wasteful Spending on Health, OECD (2017)". Accesible en <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>
 26 V Informe la AP en las CCAA FADSP 2023. <https://fadsp.es/wp-content/uploads/2023/01/APCCAA-V-Informe-enero-2023.pdf>
 27 Ver https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2020/INFORME_SIAE_2020.pdf

El funcionamiento de la hospitalización con los datos que tenemos parece también ser adecuado tanto en tasa de ingresos, estancia media o reingresos; de igual modo la frecuentación en consultas externas hospitalarias. En relación con aspectos negativos, destacamos una peor dotación y funcionamiento en la atención hospitalaria ambulatoria: menor dotación de puestos de hospital de día (0,30 por cada 1000 habitantes vs 0,47 de media nacional) y porcentaje de cirugía ambulatoria, uno de los más bajos del país (Gráfico 29). Llama la atención que el 100% de los equipos de hemodiálisis sean privados. De igual modo, un indicador de calidad como es la cirugía de cadera dentro de las primeras 48 horas (porque reduce morbi y mortalidad) esté en porcentajes a la cola del conjunto de las CC.AA. (34,04 vs 54,23).

Gráfico 29: Porcentaje de cirugía ambulatoria sobre el total de cirugías (datos de INCLASNS)



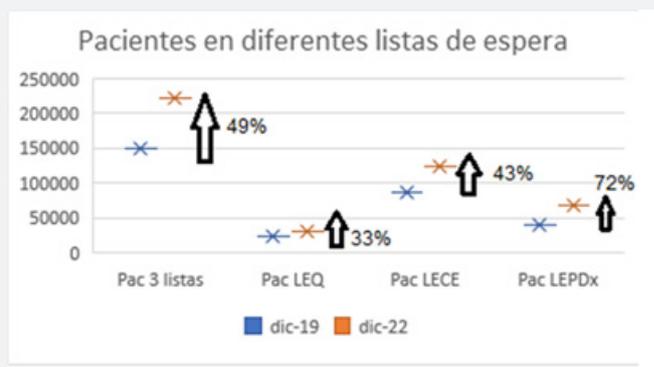
Listas de espera²⁸. Las listas de espera recogen el número de pacientes: a) que tienen una indicación para una intervención quirúrgica aún no realizada (lista de espera quirúrgica (LEQ); b) a los que se ha solicitado una consulta de especialidad aún no realizada (lista de espera de consulta de especialidad (LECE) y c) a los que se ha pedido una prueba diagnóstica que aún no ha sido realizada (lista de espera prueba diagnóstica (LEPdx)). Es importante destacar que el tiempo de espera total para la resolución de una determinada patología tiene que tener en cuenta el tiempo de espera en cada una de estas listas.

En diciembre del año 2019 había un total de 148.452 pacientes: 22.681 en LEQ, 86485 en LECE y 39286 en LEPdx. En diciembre



del año 2022 el número total de pacientes en alguna de las tres lista de espera es de 221.645 (un incremento en 73.193 pacientes): 7702 más en LEQ, 37188 más en LECE y 28303 más en LEPdx) (Gráfico 30)

Gráfico 30: Incremento porcentual del número de pacientes en lista de espera entre diciembre de 2019 y de 2022 (elaboración propia)



El Decreto 25/2006 garantiza un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del sistema sanitario público de la Región de Murcia. Se fija 150 días en la LEQ, 50 días en LECE y 30 días en LEPdx. Como se aprecia en el Gráfico 31, el número de pacientes que superan estos tiempos máximos han aumentado de manera significativa desde diciembre del 2019, pasando de 2.827 a 7.161 en LEQ, de 59.897 a 73.960 en LECE y de 5.991 a 12.157 en LEPdx.

Gráfico 31: Porcentaje de pacientes que superan los límites de espera garantizados (elaboración propia)



Por otra parte, la Región de Murcia tiene un número muy notable de pacientes sin fecha asignada. Son pacientes a los que no se les ha informado del momento en el que se les atenderá por el sistema sanitario público, habitualmente en espera de una llamada telefónica. A pesar de que en febrero del 2018 se dictó una instrucción por el Director Gerente del SMS (1/2018, BORM 17 de febrero) por el que ningún paciente debe quedar sin incluir en agenda cuando se solicita una cita, el número de estos pacientes en situación irregular no ha hecho más que

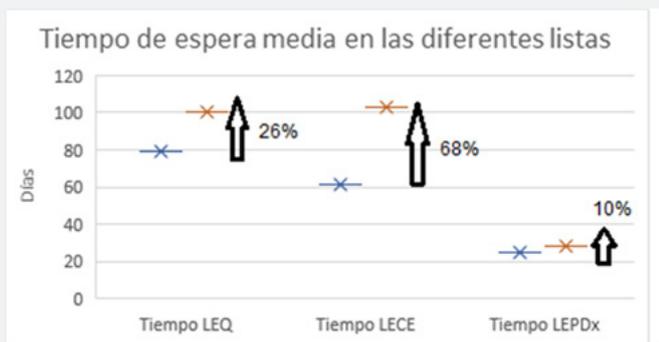
28 Ver "Informe sobre lista de espera quirúrgica, consultas de especialidades y pruebas diagnósticas en la Región de Murcia en diciembre del 2022". Accesible en https://drive.google.com/file/d/1BiU8NBs8L2SkplQY8az4J7IXsSEx_gRb/view

aumentar, pasando de 6.023 a 33.488 en la LECE (+87%) y de 30.203 a 52.600 en LEPdx (+43%) en el periodo 2019-2022.

Ello hace que, globalmente, el número de pacientes que o bien superan el tiempo de acceso máximo en algunas de las tres listas o bien no tienen fecha de cita asignada haya pasado de 107.941 en diciembre del 2019 a 179.366 en diciembre del 2022, suponiendo el 81% de los pacientes en lista de espera.

En el Gráfico 32 puede verse el aumento del tiempo de espera medio de los pacientes en las tres listas de espera en el periodo diciembre 2019-diciembre 2022. El tiempo de espera medio de pacientes en LEQ ha pasado de 79 a 100 días, en LECE de 61 a 103 días y en LEPdx de 25 a 28 días, si bien este dato carece de fiabilidad por el elevado porcentaje de pacientes sin cita asignada.

Gráfico 32: Incremento de la espera: días y porcentaje (elaboración propia).



Un aspecto a destacar son las grandes diferencias entre las nueve áreas de salud en lo relativo a el tiempo de espera medio, porcentaje de pacientes que superan los tiempos máximos o los pacientes sin fecha de cita asignada. En diciembre del 2022, el tiempo de espera en la lista de espera quirúrgica oscila entre los 146 días de Lorca y los 57 de Noroeste. Lorca es el área con mayor porcentaje de pacientes con una espera de más de 150 días (38%) y Noroeste la que menos (3%). El tiempo de espera en consultas de especialidades oscila entre los 46 días de Murcia Oeste y los 212 de Lorca.

El tiempo de espera no es exacto dado que existe un número importante de enfermos sin cita, variando entre el 1% de Vega Media o Murcia este y el 81% en el Mar Menor. El tiempo de espera en pruebas diagnósticas oscila entre los 15 días de Mar Menor y los 43 de Altiplano.



4. Propuestas

Serían muchas las propuestas necesarias que podrían hacerse y en nuestro documento “Murcia enferma de pobreza” de hace 4 años propusimos más de 50, la mayoría no tenidas en cuenta por la administración. En el presente documento nos centramos en las cinco áreas que, en nuestra opinión y en base al análisis de situación, son de especial interés político, por su relevancia sanitaria, impacto en la población o en la equidad.

4.1. Mejorar la gobernanza del sistema sanitario público

La buena gobernanza se refiere a un sistema de liderazgo y gestión que es justo, responsable, transparente, eficiente y participativo²⁹. El último plan de salud para la Región finalizó en 2015 y desde entonces el SMS elabora programas y estrategias parciales (Atención Primaria, Salud Mental), de forma errática y descoordinada, sin seguimiento e incumpliendo su desarrollo, limitándose a elaborar otros nuevos sin evaluar los anteriores. Por otra parte, nuestro sistema sanitario no garantiza una participación ciudadana real, con escaso desarrollo de los Consejos de Salud de Área. De igual modo, la falta de transparencia es norma desde hace años, con ausencia de información (Observatorio de resultados del SMS sin actualizar desde 2019) y baja fiabilidad de la que aporta (listas de espera), lo que implica una ausencia de rendición de cuentas. Además, como hemos comentado, año tras año se siguen aprobando presupuestos irreales, muy inferiores al gasto real, generando un déficit estructural y falta de eficiencia.

Para mejorar la gobernanza consideramos imprescindibles cuatro propuestas:

1. Elaborar un Plan de Salud para la Región de Murcia: Es imprescindible, vistos los acuciantes problemas relacionados con las condiciones de vida de nuestra población (sedentarismo, tabaquismo, incidencia de IVE, obesidad, salud mental, cronicidad, dependencia, etc...), la ineficacia de las medidas hasta ahora emprendidas y la complejidad que sin duda tiene la tarea, planificar las actuaciones del sistema de salud para los próximos 5 años, con objetivos y presupuestos anuales realistas. Ese Plan de Salud debe incluir acciones intersectoriales que, desde otras consejerías, aborden las graves consecuencias que para la salud tienen determinantes sociales como la pobreza, la precariedad laboral o habitacional, la soledad no deseada, el abandono escolar, la discriminación de género, la contaminación medioambiental o la falta de políticas sociales. El Plan debería pactarse por los partidos políticos en la Asamblea en el año

2023 (su elaboración no puede alargarse varios años) y es imprescindible establecer un seguimiento continuado de su desarrollo y cumplimiento, con evaluaciones periódicas y rendición de cuentas.

2. Apostar decididamente por la transparencia: Una administración opaca es una administración menos democrática y que no considera el derecho de los ciudadanos ni a saber cómo se están invirtiendo sus impuestos ni a conocer la calidad y resultados de las actuaciones emprendidas. A través del Observatorio de resultados del SMS debe ofrecerse información permanente y actualizada sobre los recursos, actividad, calidad de la atención y gasto del sistema sanitario. Datos como el escaso porcentaje de pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48 horas o la baja tasa de cirugía ambulatoria debe poder monitorizarse periódicamente (junto con otros indicadores) y ser objetivos de gestión. Es urgente garantizar que todos los pacientes en espera de pruebas o citas médicas tengan fecha asignada. Concertar servicios con centros privados obliga a vigilar el cumplimiento de la Ley de Protección de datos, evitando el uso indebido de la información confidencial de los pacientes

3. Asumir la participación ciudadana de forma efectiva: La participación de la ciudadanía en diferentes órganos de gestión y control del sistema de salud no puede seguir siendo considerado un trámite o un incómodo compromiso. Los Consejos de Salud de Área deben desarrollar todas sus funciones, reunirse con mayor periodicidad y transformarse en órganos de participación real y efectiva. Proponemos que se constituyan órganos de participación en Zonas Básicas y/o municipios, con participación de las administraciones locales, que no sólo traten el buen funcionamiento de los servicios sanitarios, abordando los problemas y necesidades de cada territorio y sus determinantes sociales, con una visión intersectorial.

4. Mejora de la salud poblacional mediante una reducción de la ineficiencia del gasto sanitario público y una reinversión juiciosa del rédito.

Sin cambios en la estrategia de inversión en salud, más gasto sanitario solo nos hará avanzar por la parte plana de la curva. Las propuestas de la ADSP-RM son:

A. Ajustar los presupuestos sanitarios al gasto real. Medida fundamental para incentivar una gestión eficaz de la sanidad pública, terminar con las excusas privatizadoras (mecanismos basados en el mercado le llaman) en nombre de la mejora de la eficiencia y transmitir a la ciudadanía de forma transparente la

²⁹ Pregunta realizada en ChatGPT el 15 de marzo: ¿Qué es una buena gobernanza?

Para todo lo anterior consideramos imprescindibles las siguientes medidas:

1. Atención Primaria debe contar con un presupuesto finalista en cada Área Sanitaria, con Gerencias propias, llegando al 25% del gasto sanitario, sin artificios contables como el de asignar el gasto en farmacia, en muchos casos indicada desde especialistas hospitalarios. Dado el perjuicio que las gerencias únicas han representado para la AP seguimos proponiendo gerencias de AP.

2. Es necesario reorganizar el trabajo en equipo en los centros de salud asignando más competencias y mayor responsabilidad y protagonismo a los profesionales de enfermería y de administración. Una organización más eficiente y bien protocolizada que consiga que para las demandas a las que pueda dar respuesta el personal de administración no tenga que intervenir enfermería ni medicina y a las que pueda responder enfermería no tenga que intervenir personal médico.

3. Han de incrementarse las plantillas de enfermería, trabajo social, fisioterapeutas y auxiliares administrativos. La Estrategia de Mejora de Atención Primaria (EMAP) 2023-2026 prevé un incremento suficiente de plazas de medicina de familia y pediatría, aún pendientes de cubrirse, pero es claramente insuficiente el aumento de 109 plazas de enfermería. Enfermería debe asumir muchas más competencias y para hacerlo posible proponemos se alcance el mismo ratio que para medicina, aumentando ese incremento hasta 340 plazas. El incremento de 45 trabajadoras sociales previsto para 4 años debería hacerse a lo más tardar en 2024 dada la prioridad de contar con una en cada Centro de Salud. El gran déficit actual de fisioterapeutas, con competencias en promoción, prevención y en la atención a personas mayores, no se resuelve adecuadamente con un incremento de sólo 27 a lo largo de 4 años, siendo urgente garantizar que cada centro de salud cuente al menos con una fisioterapeuta y dos cuando la población de la Zona Básica supere los 20.000 habitantes. También se han de incrementar en mayor número los profesionales de administración de los centros para que den respuesta a muchas demandas que pueden resolver.

4. Sigue siendo una prioridad la apertura de todos los centros de salud en horario de tarde mediante turnos deslizantes a través de acuerdos del SMS con los sindicatos. No es aceptable que abran por la tarde sólo los centros con falta de espacios ni para los desbordamientos de consultas en horario de mañana. Debe acabarse con los turnos exclusivos de tarde, que cubrirán fundamentalmente profesionales jóvenes, impidiendo la conciliación familiar. La creación de toda nueva plaza en cualquier estamento debe hacerse con turno deslizante.

5. Ha de garantizarse que las peonadas para consultas en horario de tarde por excesiva presión asistencial no perjudique a los pacientes más vulnerables. Las citadas consultas en horario de tarde cubiertas por otros médicos para atender a pacientes que sobrepasan los 35 en la consulta habitual de su médico de familia y 25 en la del pediatra y con demoras superiores a 4 días presentan riesgos que han de controlarse. Se pone en riesgo la continuidad y longitudinalidad de la atención, cuyos beneficios están demostrados, sin evitarse que ésta se garantice al menos para pacientes crónicos y vulnerables. Ha de garantizarse la justificación de las citadas consultas establecidas en Instrucción del pasado 14 de marzo y deberían centrarse fundamentalmente en aquellas situaciones en las que la demora se debe a ausencia de médicos en el centro de salud. Esta medida, siendo necesaria en situaciones especiales, en ningún caso será la solución a las excesivas demandas de atención para el médico, que podrían ser resueltas por otros profesionales con una mejor organización.

6. La Estrategia de Mejora de la Atención Primaria recién presentada puede dar buenos resultados siempre que se garanticen las condiciones para alcanzar los objetivos. Para su desarrollo es imprescindible garantizar su adecuado seguimiento y evaluación transparente a través de las Comisiones de Seguimiento, que habrán de fijar indicadores de evaluación explícitos y objetivos. Es necesario incorporar a representantes de usuarios a las citadas comisiones.



4.3. Acabar con las desigualdades territoriales.

Las tensiones entre territorios por la dotación sanitaria es recurrente en nuestra Comunidad Autónoma. La solución requiere un enfoque integral que considere la eficiencia económica, la necesaria conservación de las habilidades clínicas en especialidades con poca demanda y la equidad. Desde la ADSP-RM hacemos algunas propuestas al respecto:

1. Actuaciones específicas en la gestión de las listas de espera que garanticen la equidad:

A. Monitorizar especialmente las inequidades territoriales en listas de espera: hasta ahora se ha puesto en evidencia las diferencias territoriales en las listas de espera gracias al trabajo de organizaciones ciudadanas. Es necesario que la administración sanitaria cuente con un sistema de monitorización e indicadores que sea transparente y que advierta de manera precoz de situaciones inaceptables en las listas de espera en las diferentes áreas de salud de manera que se activen planes de choque.

B. Supervisión independiente de las listas de espera: la importancia que las listas de espera tienen para los ciudadanos obliga a la mayor transparencia y supervisión. Es necesario que la administración ponga a punto un sistema de supervisión de las listas de espera que sea independiente y que se implique en la toma de decisiones ante situaciones de desequilibrio e inequidad.

2. Promover la descentralización de los servicios de salud considerando eficiencia y demanda: Sin duda, la descentralización, en general, es buena idea ya que suele mejorar la equidad y, con frecuencia, también la eficiencia. Sin embargo, no es posible que toda la población tenga acceso de manera local a equipos de alta tecnología (que son muy caros y requieren un mínimo de utilización para garantizar su correcto funcionamiento y sostenibilidad económica) o a super-especialidades médicas con demanda muy limitada (que requieren una casuística mínima para garantizar nivel de pericia). Es decir, tanto la alta tecnología como ciertas especialidades se benefician de la centralización y pueden provocar tensiones territoriales ya que inevitablemente habrá población que viva más cerca que otra.

3. Establecer criterios claros de asignación de recursos: es importante definir criterios objetivos y transparentes para la asignación de recursos sanitarios. Estos deberían incluir factores como la población, la edad, la prevalencia de enfermedades, la distancia geográfica o las recomendaciones expertas e internacionales entre otros.

4. Fomentar la colaboración entre los diferentes niveles de gobierno: las políticas de salud son competencia del gobierno regional pero no es posible establecer criterios de dotación unilateralmente, es decir, sin considerar las demandas de las corporaciones locales. Es importante que estos niveles de gobierno trabajen juntos para garantizar que la dotación sanitaria sea equitativa y aceptable políticamente en todo el territorio.

5. Implicación activa de la sociedad: la participación activa de la sociedad en el diseño e implementación de políticas sanitarias puede ayudar a garantizar que las necesidades de cada comunidad sean atendidas. Es importante involucrar a los ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil para que participen en el proceso de toma de decisiones y supervisen la asignación de recursos. Para ello hay que apostar decididamente porque los ciudadanos tengan voz a través de las instancias de participación establecidas como los Consejos de Salud y otras que puedan ponerse en marcha ad hoc para tomar decisiones con gran repercusión y demanda social.

6. Programas de incentivos profesionales: Los programas de incentivos deben ser utilizados para atraer a profesionales de la salud a áreas rurales o donde existen más dificultades de dotación de recursos humanos. Estos programas pueden incluir pagos de bonificaciones o subsidios de vivienda (mediante acuerdos con las autoridades locales) para atraer a médicos y enfermeras a trabajar en áreas remotas, fomentando la longitudinalidad en especialidades donde ésta es especialmente relevante como las que tienen su desempeño en atención primaria. También es importante garantizar acceso de los profesionales a ciertas técnicas o programas de investigación que suelen desarrollarse en centros hospitalarios más grandes y/o vinculados a la universidad. Para ello es necesario establecer condiciones de trabajo más flexibles que permitan la actualización de los profesionales y su participación en proyectos docentes y de investigación.

7. Utilizar tecnología para mejorar la accesibilidad: la tecnología puede ser una herramienta valiosa para mejorar la eficiencia y equidad en la distribución de recursos. La telemedicina es una forma de brindar atención médica a distancia mediante el uso de tecnología, como videoconferencias, aplicaciones móviles y otros dispositivos conectados a Internet. Esta opción debe estar muy bien justificada y necesariamente estar combinada con visitas presenciales de manera que nunca sea la única opción asistencial.

4.4. Mejorar la atención a los problemas de salud mental.

La salud mental en la Región de Murcia -considerando tanto el riesgo como la prevalencia en encuestas de salud- es la peor del conjunto de las CC.AA con una tendencia al empeoramiento. En la Encuesta Nacional de Salud de 2020 el porcentaje de mujeres de 15 y más años que declaran padecer problemas mentales es de un 20% que es una prevalencia cuatro veces superior a Cantabria o tres veces superior a Navarra o Aragón. Las causas de las diferencias poblacionales en la prevalencia de la enfermedad mental no tienen que ver, obviamente, con las características de los individuos sino con el contexto social en el que viven las personas. Se han descrito diferentes causas:

1. Experiencias traumáticas: La exposición a eventos traumáticos, como la violencia, el abuso, el acoso o el desastre natural, puede tener un efecto negativo en la salud mental de la población. En este sentido, catástrofes naturales evitables como la degradación del Mar Menor o los efectos poblacionales del contacto con tóxicos industriales, mineros o atmosféricos pueden estar jugando un importante papel en las tasas de enfermedad mental en nuestra comunidad autónoma.

2. Factores sociales: La pobreza, el desempleo o el empleo precario, la discriminación, la marginación y la exclusión social pueden ser factores que contribuyen a la mala salud mental poblacional. Circunstancias como la carga de cuidados, la violencia de género y la discriminación económica y laboral de las mujeres murcianas pueden estar en la base de la prevalencia tan desproporcionada de mala salud mental.

3. Estilo de vida: El estrés crónico, la falta de sueño, la mala alimentación, el consumo de sustancias nocivas y el sedentarismo pueden tener un impacto negativo en la salud mental. Suele existir un círculo vicioso que vincula mala salud mental y consumo de tóxicos, algo que hemos visto, por ejemplo, con las elevadas y crecientes tasas de tabaquismo entre las mujeres de la Región.

4. Acceso limitado a servicios de salud mental: La falta de acceso a servicios de atención psiquiátrica y psicológica y la falta de recursos para el tratamiento pueden contribuir a la mala salud mental poblacional. El análisis del "Programa de acción para el impulso y mejora de la salud mental en la CARM 2019-2022" continúa vigente, especialmente en cuanto a la situación de insuficiencia de la red y la precariedad de recursos con la que se cuenta para afrontar la demanda de la población. Como pasa con el Plan de Atención Primaria nada se sabe de la evaluación de la consecución de objetivos

del Plan de Salud Mental que caducó en el año 2022.

En consonancia con este análisis, las soluciones no pueden estar sólo centradas en la atención individual, obviando las circunstancias sociales y económicas que tienen enfoques más bien políticos. Cuando un problema de salud como el que estamos analizando cobra una dimensión tan importante, las soluciones tampoco pueden estar basadas sólo en un mejor acceso individual a la atención psiquiátrica o psicológica sino que hay que contemplar intervenciones de base comunitaria y desde la atención primaria. Por tanto nuestras propuestas serían las siguientes:

1. Es imprescindible evaluar con transparencia el Programa de Acción para el Impulso y Mejora de la Salud Mental 2019-2022 antes de proponerse la implementación de una nueva Estrategia de Mejora de Salud Mental 2023-2026 presentada con tres meses de retraso (pocos días antes de la edición del presente informe) y pocas semanas antes de las elecciones autonómicas. Cuando sería momento de rendición de cuentas y de evaluación de lo planificado se obvia todo ello y se presentan nuevos planes con promesas muy similares a las incumplidas en el plan anterior y pocas semanas antes de que el gobierno de la Región actual finalice su mandato. **Se requiere de un análisis de situación mucho más completo y riguroso que el presentado en la nueva Estrategia,** con información muy genérica, sin datos comparativos con otras CCAA (lo que sí hacemos en el presente informe con resultados muy preocupantes), con información que casi se limita a describir el número de pacientes atendidos y sin interpretar el significado del mencionado incremento mantenido de las derivaciones desde Atención Primaria

2. Es necesario establecer y concretar el seguimiento y evaluación transparente de la nueva Estrategia que casi se pasa por alto, refiriendo únicamente que se constituirá una comisión formada sólo por directivos que se limitarán a hacer una memoria anual. **Se han de incorporar a la Comisión otros profesionales y también usuarios, de forma que se garantice la creación de los nuevos centros de salud mental y el incremento de plantillas contemplados en la Estrategia,** al no haberse cumplido en el Programa ya caducado.

3. Profundizar en el modelo de colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental (Tabla 4), alrededor del centro de salud, con una perspectiva comunitaria y una decidida orientación a la desmedicalización y desfarmacologización del sufrimiento psíquico evitando los riesgos de la psicologización (Anexo III)

Tabla 4: Características del modelo colaborativo entre la Atención Primaria en Salud y los servicios de Salud Mental. Tomado de ³¹

A POTENCIAR	A EVITAR
Modelo colaborativo	Modelo de sustitución
Abordaje psico-social en la AP	Segmentar la atención atribuyendo el abordaje de los problemas biológicos a la AP y de los psicológicos a SM
Relación ágil entre los y las profesionales de los diferentes servicios	Estructuras burocráticas de coordinación
Apoyo emocional y clínico a los y las profesionales de la AP	Relación vertical entre profesionales
Objetivos comunes y funciones definidas entre el equipo de AP y el de SM que forman parte del modelo colaborativo	Dependencia funcional y objetivos marcados por el equipo de SM
Atención individual y comunitaria	Atención exclusivamente individual
Atención basada en la narración y en el vínculo profesional-paciente	Atención basada en códigos diagnósticos, protocolos y registros

4. Fomentar políticas públicas transversales dirigidas a mejorar las condiciones de vida de la población, especialmente las mujeres y a disminuir los riesgos de adicciones, reduciendo a la vez las desigualdades sociales y en salud. En relación con la adicción al juego, que afecta al 4,7% de la población entre 14 y 18 años (año 2019), es un contrasentido que mientras se aborda el problema en la nueva Estrategia se sigan abriendo salas de apuestas (370 en 2021) (<https://econet.carm.es/inicio/-/crem/sicrem/PU37/sec50.html>), con frecuencia a pocos metros de centros educativos, siendo la Región de Murcia la CCAA que cuenta con mayor tasa en el número de salones de juego por habitantes. (<https://es.statista.com/estadisticas/921796/numero-de-salones-de-juego-por-comunidad-autonoma-espana/>). Reducir las salas de juego disminuiría el riesgo de las adicciones.

4.5. Mejorar la atención a la cronicidad y a las personas mayores.

La situación de las personas mayores en la RM es insostenible. Al ser el grupo de población en el que más impacto han tenido los determinantes sociales de la salud que asolan nuestra comunidad autónoma desde hace décadas (pobreza, falta de educación, precariedad laboral, desigualdad, especialmente de género, malas condiciones habitacionales, etc.) y las duras

condiciones de vida (sedentarismo, tabaquismo, alcohol, contacto con tóxicos industriales, mineros y contaminantes atmosféricos) las personas de más edad presentan una carga de enfermedad muy elevada, con tasas de mortalidad y morbilidad (demencia tipo alzheimer, enfermedad cerebrovascular, isquemia cardíaca, EPOC, diabetes, etc) que se encuentran a la cabeza del conjunto de las comunidades autónomas.

Esta situación grave tiene consecuencias en términos de sufrimiento (peor salud autopercebida), discapacidad y dependencia que empeoran, por sí mismas, los resultados en salud. De hecho, según la Dirección General de Planificación en la Región hay unas 60.096 personas que tiene una situación de salud clasificada como cronicidad de alta complejidad (presencia de enfermedades crónicas complejas que requieren una atención médica intensiva y multidisciplinaria) y que se beneficiarían de estrategias proactivas de intervención sanitaria y social. Aunque no todas las personas con cronicidad de alta complejidad son mayores de 64 años, si la inmensa mayoría. Esto significa que alrededor del 20% de nuestros mayores (en la RM hay 246.803 personas mayores de 64 años) se encuentran en una situación que requiere medidas urgentes de atención sanitaria y social.

La única manera de poder afrontar este círculo vicioso (pobreza-enfermedad-discapacidad-enfermedad) sería con estrategias sociales y sanitarias específicamente diseñadas para atender a las personas mayores con necesidades sociales y sanitarias complejas. Sin embargo, como hemos analizado (ver Anexo II), las políticas sociales dirigidas a las personas mayores murcianas son muy escasas, poco accesibles y lentas. Por otra parte, no existe ningún plan regional sanitario para afrontar los retos de la cronicidad compleja con lo que los enfermos con esta condición son manejados en atención primaria, urgencias u hospitalización con intervenciones y estructuras diseñadas para la población más joven y/o sin complejidad, lo que redundará en un empeoramiento de la funcionalidad producido por la propia atención sanitaria, iatrogénica, como sabemos desde hace años, con esta población.

Por tanto, desde ADSP-RM apoyamos la Declaración de Mérida (2023)³² de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC) realizamos las siguientes propuestas y demandas:

1. Elaboración urgente de un Plan Regional de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas Complejas que:

- Asuma definitivamente que la atención a la cronicidad compleja debe realizarse de manera proactiva y desde la atención primaria -con apoyos puntuales de recursos de especialistas focales- a través de, fundamentalmente, la

32 <https://www.semefyc.es/wp-content/uploads/2023/03/semi-semefyc-declaracion-merida-2023.pdf>

atención domiciliaria y en residencias.

- Diseñe el proceso que permita la identificación en cada cupo de AP de los pacientes crónicos complejos
- Deben existir vías asistenciales específicas, con la dotación de Recursos Humanos y estructura necesarias (personal en AP, puertas de urgencias y unidades de hospitalización de agudos acondicionadas) para el adecuado manejo de los enfermos crónicos complejos y así reducir el impacto en términos de delirium, pérdida funcional o problemas de seguridad que para las personas mayores frágiles pueden tener las diferentes acciones sanitarias (prevención cuaternaria)
- La atención de los enfermos crónicos complejos debe realizarse en los domicilios o las residencias fundamentalmente mediante enfermeras de práctica avanzada³³, responsables de la coordinación de la asistencia sanitaria y del seguimiento del enfermo. Las trabajadoras sociales son las responsables de activar y coordinar, conjuntamente con los programas de asistencia social regionales o municipales o el personal de las residencias en su caso, los recursos necesarios en cada momento. El/la médico de familia será quien tomará las decisiones terapéuticas o de transferencia a otro nivel asistencial.
- La atención sanitaria y social debe responder a los deseos y valores de los enfermos de manera que es necesario poner en marcha una estrategia paralela para la puesta a punto con todos los enfermos crónicos complejos de procesos de comunicación y registro (Planes Individualizados de Cuidados) siguiendo las pautas de la metodología de la Planificación Compartida de la Atención.

2. Transparencia con el funcionamiento y resultados de los hospitales de media y larga estancia privados/concertados y puesta en marcha de camas de titularidad pública: La RM no cuenta con camas públicas de media o larga estancia. En España existen 114 hospitales de media y larga estancia, con 11.535 camas³⁴ con una estancia media de 44,4 días. Los hospitales de media y larga estancia permiten recuperar situaciones de enfermos con grave limitación funcional tras procesos agudos que requieren estar un número de días mayor que los aceptables en hospitales de agudos. No existe información pública regional sobre el funcionamiento de estos centros excepto la aparecida en el Catálogo Nacional de Hospitales (año 2021)³⁵ donde hay 4 centros privados concertados (2 en Cartagena, 1 en Cehegín, 1 en San Javier) catalogados como “Media y larga estancia” con un total de

353 camas. Este tipo de dispositivo no solo es utilizado para ingresos intermedios de convalecencia sino que en algunas CC.AA. sirven para realizar ingresos directos desde Atención Primaria para pacientes crónicos complejos. No contar con este tipo de instalaciones de titularidad pública en la Región y la inexistencia de datos públicos sobre la actividad de los hospitales privados concertados que realizan esta actividad supone un déficit grave en relación con la atención a los enfermos crónicos o con convalecencias complejas. Además su distribución geográfica es completamente inequitativa.

3. Redacción urgente de una Estrategia Regional de Coordinación Sociosanitaria que contemple:

- Puesta a punto de instancias de coordinación sanitaria y social en todos los niveles: por consejerías, por áreas de salud y en cada centro de salud
- El objetivo es que los recursos sociales estén disponibles cuando se necesiten, especialmente cuando se producen cambios en el estado de salud que generen modificaciones importantes, definitivas o temporales, en la funcionalidad básica de las personas mayores
- El plan debe contemplar las actuaciones específicas que deben realizarse con las personas que viven en las residencias de mayores de nuestra CC.AA. con el principio de que lo/as usuarias tienen derecho a una atención médica semejante a la de las personas que viven en sus domicilios y, por tanto, a un/a médico/enfermera de familia y trabajadora social de referencia pertenecientes al SMS. Esto es especialmente importante dada la carga de enfermedad de las personas que viven en las residencias, entre las que más del 40% pueden considerarse pacientes terminales o cerca del final de la vida³⁶.

4. Mejorar gestión y dotación presupuestaria de las ayudas a la dependencia: no es posible que una población tan enferma y dependiente y con niveles de pobreza y privación social tan importantes tenga menor dotación económica, peor acceso a las ayudas y más lentitud en poder disfrutar de ellas cuando son solicitadas, que la mayoría de las CC.AA. De igual modo, la infradotación en plazas residenciales obliga a muchas personas con necesidades de cuidados importantes a estar en sus domicilios ya que aumentan las listas de espera. Estos factores implican mayor gasto sanitario porque incrementan la frecuentación en atención primaria o urgencias. Lo peor es que esta demanda evitable mediante recursos sociales puede empeorar la situación de funcionalidad en los enfermos frágiles.

³³ Ver modelo de Islas Baleares Accesible en <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1058/atencion-paciente-cronico-complejo-avanzado-es.pdf>

³⁴ Ver https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2020/INFORME_SIAE_2020.pdf

³⁵ Accesible en https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH_2021.pdf

³⁶ Ver “Covid-19: cómo debería cambiar la atención sanitaria en las residencias de mayores para evitar otra crisis” Accesible en <https://theconversation.com/covid-19-como-deberia-cambiar-la-atencion-sanitaria-en-las-residencias-de-mayores-para-evitar-otra-crisis-177928>

Anexo I

Componentes del indicador “Deprivación Social y Material Severa”

Imposibilidad para abordar el pago de gastos relacionados con la vivienda principal o en compras a plazo:

- Mantener la vivienda con una temperatura adecuada durante los meses de invierno.
- Permitirse ir de vacaciones fuera de casa, al menos una semana al año.
- Permitirse una comida de carne, pollo o pescado (o equivalente vegetariano) cada dos días.
- Capacidad para afrontar gastos imprevistos.
- Disponer de coche.
- Sustituir muebles estropeados o viejos
- Sustituir ropa estropeada por otra nueva
- Permitirse tener dos pares de zapatos en buenas condiciones.
- Permitirse reunirse con amigos/familia para comer o tomar algo al menos una vez al mes.
- Permitirse participar regularmente en actividades de ocio.
- Permitirse gastar una pequeña cantidad de dinero en sí mismo.
- Permitirse conexión a internet.



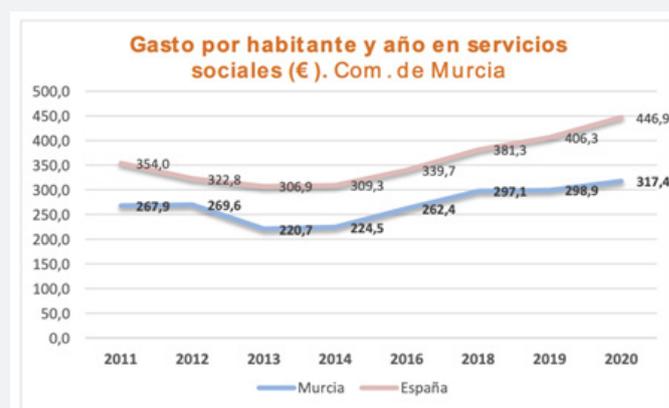
Anexo II

Situación de los Recursos Sociales en la Región de Murcia

1. Gasto en servicios sociales

El gasto por habitante y año en Servicios Sociales en la Comunidad de Murcia es un 29% menor que la media nacional en 2020 (317,4 € vs 446,9 €). El porcentaje del gasto en servicios sociales respecto al PIB regional (Gobierno Autónomo + Entidades Locales de su territorio) y el gasto en servicios sociales sobre el gasto total ejecutado de las Administraciones Públicas están también por debajo de la media nacional (1,60% vs 1,88% y 6,52% vs 7,78%)³⁷ (Gráfico 1)

Gráfico 1: Gasto por habitante y año en servicios sociales



2. Pensiones

Uno de los pilares clave en los Estados de bienestar son los sistemas de seguridad social. Este sistema de índole público permite asegurar a la ciudadanía unas prestaciones mínimas que protejan a las personas en caso de necesidad, enfermedad, desempleo o ante la jubilación. En España, la mayoría de las personas de 65 o más años tienen ingresos que proceden de una pensión. Dentro de las pensiones contributivas, aquellas que más relación tienen con las personas mayores de 64 años son las de viudedad y jubilación.

Pues bien, a nivel nacional, el 27 % de las personas que perciben una pensión de jubilación se encuentra por debajo del umbral de la pobreza, es decir con importes inferiores a los 681 € (en 14 pagas) y el 10,4 % son inferiores al umbral de pobreza severa (454 €). En la Región de Murcia, ese porcentaje es bastante mayor: 31,3%, solo superado por Galicia, en relación con la pobreza; la tasa de jubilados con pobreza severa es del 10,4%.

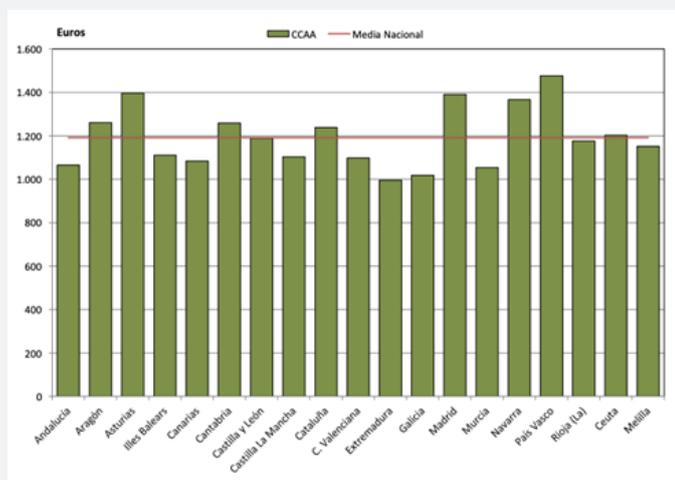
37 Accesible <https://directoressociales.com/project/dictamen-xxii/>

Las diferencias en las pensiones de jubilación entre comunidades autónomas se deben principalmente a las distintas bases de cotización de los trabajadores, así como a la duración de las carreras de cotización y a las características del mercado laboral en cada región. En regiones con una mayor proporción de trabajadores en empleos precarios o con salarios más bajos, las pensiones suelen ser más bajas.

En relación con las pensiones de viudedad, el 38,1 % de las personas que perciben una pensión de viudedad se encuentran por debajo del umbral de pobreza en España, es decir, con importes inferiores a los 681 € (en 14 pagas) y el 4,8 % son inferiores al umbral de pobreza severa (454 €). En la Región estos datos son peores que la media: 44,7% y 6,6% (la peor de España) respectivamente.

Aunque las pensiones de jubilación y viudedad están reguladas por el sistema público de pensiones, que es gestionado por el Gobierno Central, las comunidades autónomas gestionan ciertos complementos y bonificaciones. La pensión media o promedio aritmético de todas las pensiones que se reciben en un determinado sistema de pensiones (jubilación, viudedad, incapacidad, etc), en la Región de Murcia, es de las más bajas del conjunto del estado español (Gráfico 2)³⁸

Gráfico 2: Pensión media por CC.AA



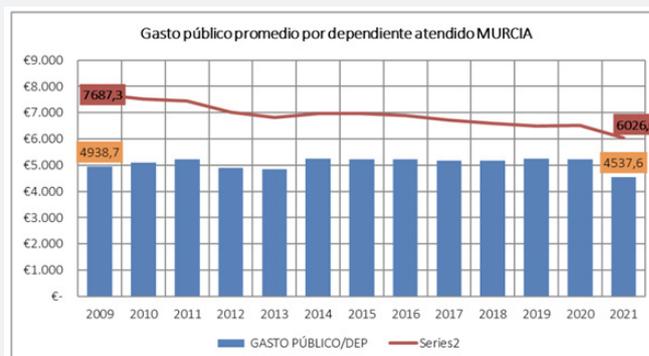
3. Ayuda a la dependencia

Existe un círculo vicioso que vincula envejecimiento, pobreza y enfermedad: las personas mayores en riesgo de pobreza y exclusión social, que son las más enfermas y con más necesidades, se enfrentan a una mayor probabilidad de no acceder correctamente al sistema de atención sociosanitaria debido a la falta de recursos, carencias económicas, aislamiento social y familiar, así como a la falta de acceso a la información sobre las ofertas y servicios disponibles.

Esto es evidente cuando observamos el indicador “Solicitudes en relación a la población potencialmente dependiente” que se refiere a la cantidad de solicitudes de servicios y recursos para personas que son potencialmente dependientes en comparación con la cantidad de personas que podrían necesitar estos servicios y recursos. La población potencialmente dependiente incluye a personas mayores, con discapacidades físicas o mentales, y aquellas que requieren cuidados continuos y apoyo para realizar actividades diarias. Este indicador mide el grado en que estas personas están accediendo a los servicios y recursos necesarios para mantener su calidad de vida y su independencia. Pues bien, en la Región de Murcia se calcula que existen 194.254 personas potencialmente dependientes pero solo se han registrado hasta el momento 55.614 peticiones de ayuda a la dependencia, es decir, un 28,63%, inferior a la media nacional que es del 31,18%¹³

En el año 2022 se publicó el XXII Informe del Observatorio Estatal de la Dependencia¹³. Según este informe, el promedio de gasto público por persona dependiente en la RM -que se calcula dividiendo el gasto público total en servicios sociales para personas dependientes entre el número de personas dependientes atendidas- que es de 4.537,6 € se halla muy alejado de la media nacional (6.026 €): una terrible diferencia de 1.488,4€ dependiente/año. Con este dato, la región se coloca, desde hace años, entre las CCAA que peor financia la atención a la dependencia (Gráfico 3)

Gráfico 3: Gasto público promedio por dependiente

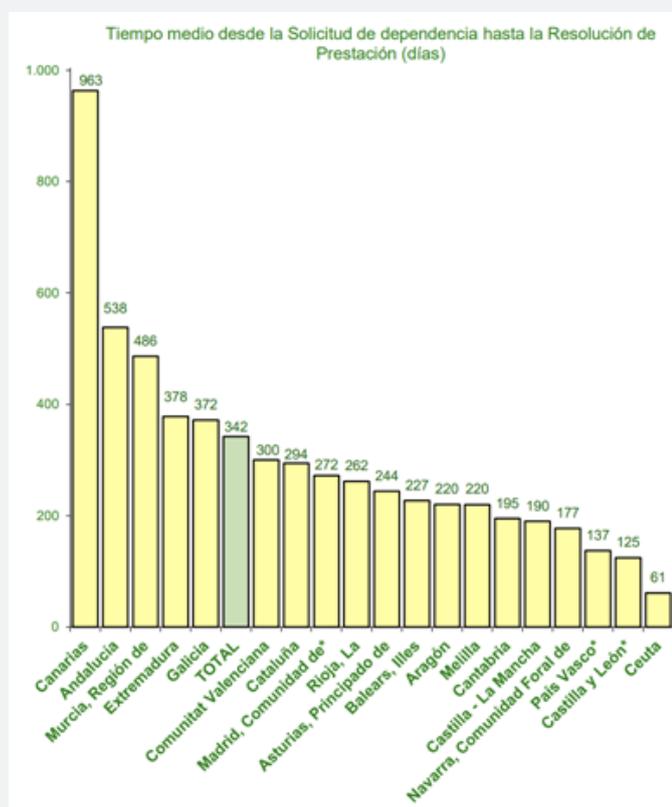


El diferencial entre la media de España y la Región se ha ido reduciendo ligeramente aunque en el año 2021 el gasto regional en dependencia es el más bajo de la serie (desde 2009). El 50% del gasto público por persona dependiente es financiado por el Estado central mientras que el otro 50% es financiado por las comunidades autónomas y, en menor medida, por los ayuntamientos. Las diferencias dependen del compromiso autonómico fundamentalmente.

38 Informe accesible en <https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2022/06/00-DEC-2021-todas-CCAA-comprimido.pdf>

A pesar de la gravedad de la dependencia que presentan nuestro mayores y de que el sistema administrativo social debería ser, en teoría, de los menos sobrecargados del país (al ser la CC.AA. menos envejecida), el tiempo medio de espera, en resoluciones realizadas entre el 1 de febrero de 2022 y el 31 de enero de 2023, contando desde la petición de la valoración hasta que se cobra la prestación, fue de 486 días, muy por encima de la media española que es de 342 días y solo superada por Andalucía y Canarias. Los graves dependientes murcianos tardan casi 5 meses más en recibir la ayuda para la dependencia que la media nacional (Gráfico 4)

Gráfico 4: Tiempo medio de espera de la dependencia



En relación con las prestaciones que reciben las familias murcianas para el cuidado de sus dependientes llama la atención que, en gran parte, la ayuda va dirigida a las familias (48,63%) muy por encima de la media española (29,85%) y solo superada por la Comunidad Valenciana. La cuantía vinculada es menor que la media nacional en los tres grados (113 vs 139 euros en grado I; 190,4 vs 240,5 euros en el grado II; 267,7 vs 335 euros en el grado III) especialmente en los grados más severos donde el diferencial es del 31%.

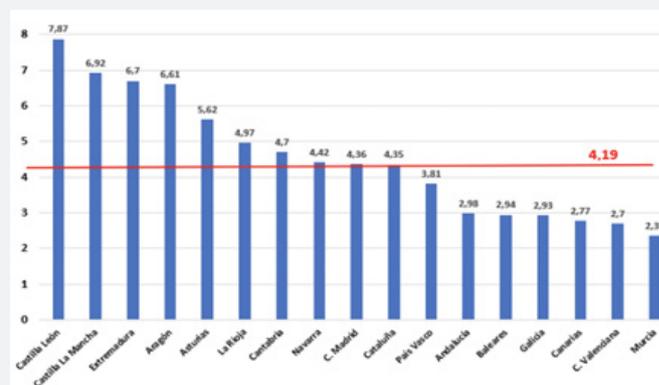
Esta prestación fue contemplada en la ley de dependencia con carácter excepcional cuando no fuera posible el reconocimiento de un servicio adecuado, debido a la inexistencia de recursos públicos o privados acreditados. Una excesiva financiación de los cuidados familiares se ha relacionado con menor calidad en la atención y sobrecarga para la persona cuidadora.

La población dependiente murciana en cambio utiliza menos que la media nacional recursos como la teleasistencia (15,77% vs 20,775), la ayuda a domicilio (6,19% vs 18,66% y con una intensidad de este servicio que está por debajo de la media, con 13,6 horas mensuales de media en Murcia frente a 17,8 horas en el conjunto de España.) o los cuidado domiciliarios profesionalizados (2,45% vs 10,74%). El ratio de prestaciones por dependiente es de los más bajos de España y menor que la media (1,25 vs 1,32).

4. Residencias de mayores

En la Región de Murcia existen 63 residencias, la mayoría de gestión privada, y 5.686 plazas residenciales³⁹: 20,17% de las plazas son públicas, 67,52% privadas concertadas y 12,31% privadas. El número de plazas residenciales por cada 100 habitantes mayores de 64 años, diciembre de 2020, es el más bajo del país (Gráfico 5) y muy lejos del ratio recomendado por la OMS de 5 plazas por cada 100 personas mayores de 64 años. Según el informe publicado por el CES se estima que en el año 2020 había 724 personas con necesidades no satisfechas de atención residencial (73% mujeres; edad media de 79 años), la mayoría grados II (62,03%) y III (37,97%) de dependencia. La causa más común de no acceso fue la lista de espera (76,16%); el 68,48% señalaron problemas económicos para co-financiar la plaza. De los ancianos esperando una plaza residencial el 48,54% recibía la prestación para cuidados en el entorno familiar; 31,92% atención a domicilio y 19,54% centro de día. Es decir, el número de plazas residenciales es mayoritariamente de gestión privada y claramente insuficientes para la demanda existente.

Gráfico 5: Número de plazas residenciales por cada 100 personas mayores de 65 años



39 Modelo de atención en residencias y centros de día de personas mayores de la Región de Murcia: una propuesta sociosanitaria Accesible en <https://www.cesmurcia.es/cesmurcia/paginas/publicaciones/UltimasPublicaciones.seam?publd=3101>

Un número de plazas residenciales tan escaso tiene tres consecuencias: listas de espera elevadas, muchas personas con necesidades de cuidados importantes viviendo en sus domicilios mientras esperan su plaza y, como la dependencia es un criterio de priorización, mayor morbilidad de las personas que finalmente entran.

Esta última situación se puso de manifiesto durante la pandemia en un trabajo poblacional de evaluación de la situación de salud de la población mayor que vivía en las residencias⁴⁰. El estudio se realizó en el 47,78 % de los residentes mayores de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. El 47,3 % de las personas evaluadas eran frágiles avanzados; el 45,4 % sufría demencia severa; hasta un 43,7 % tenía dependencia total (solo el 7,9 % eran autónomos o dependientes leves) y el 72,9% utilizaba pañal (lo que señala la intensa carga de cuidados).

Las contenciones físicas eran frecuentes así como la utilización de medicamentos con efectos depresores del sistema nervioso central (un 69 % de ansiolíticos y un 33,2 % de neurolépticos) y existía elevada prevalencia de polifarmacia (el 21,6 % recibía entre diez y quince fármacos y el 8,4 %, más de quince).

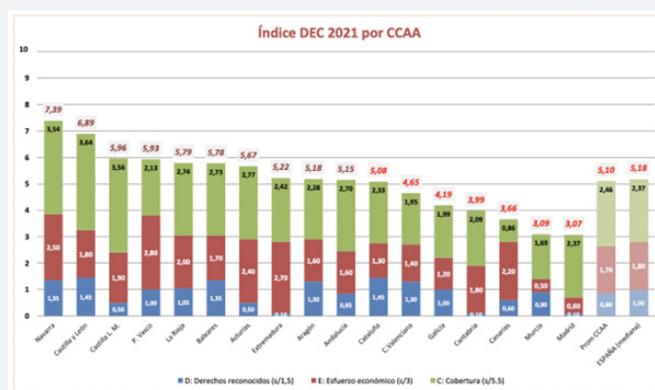
El análisis de la organización puso de manifiesto la nula coordinación existente entre las residencias y el sistema sanitario lo que a efectos prácticos implicaba. Ello supone que cualquier problema médico medianamente complejo o que supere las funciones asistenciales de mínimos establecidas para los facultativos de la residencia es solucionado con una derivación a las saturadas urgencias hospitalarias. Allí, las personas profesionales de estos servicios de emergencia suelen activar intervenciones puntuales y desacopladas de la situación general del residente ya que, simplemente, esta es desconocida para ellos.

La terrible consecuencia es que una población muy envejecida, dependiente y enferma, con más de un 40 % de personas que podrían considerarse al final de la vida, tiene una atención sanitaria fragmentada, basada en derivaciones a urgencias y sin planes de cuidados individualizados.

5. Desarrollo de los Servicios Sociales

El índice DEC es un indicador compuesto que mide y evalúa el desarrollo de las estructuras y los presupuestos utilizados en el sistema de servicios sociales de cada CC.AA. Murcia sigue ocupando en 2021⁴¹ la penúltima posición en la calificación de las 17 Comunidades Autónomas en el desarrollo de su Sistema de Servicios Sociales (solo por delante de Madrid), con un desarrollo calificado como irrelevante y una tendencia decreciente desde 2017, habiendo perdido 0,31 puntos en la puntuación global del Índice en este periodo⁴². Su puntuación de 3,09 está muy alejada de la media nacional que es de 5,1

Gráfico 6: Índice DEC por CC.AA



40 Ver <https://theconversation.com/covid-19-como-deberia-cambiar-la-atencion-sanitaria-en-las-residencias-de-mayores-para-evitar-otra-crisis-177928>
 41 Informe accesible en https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2022/06/IDEC-2021_214-x301_WEB.pdf
 42 Informe accesible en <https://directoressociales.com/wp-content/uploads/2022/06/00-DEC-2021-todas-CCAA-comprimido.pdf>

Anexo III

Los riesgos de psicologizar la atención al malestar emocional

En el documento titulado “Psicología en Atención Primaria: La casa por el tejado”⁴³ de la Asociación Madrileña de Salud mental, sociedad federada a la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), se aconseja manejar la mayoría de los malestares emocionales en las consultas de atención primaria:

“Aunque el sufrimiento emocional es muy frecuente en las consultas de AP, la mayor parte no es de intensidad grave y suele ser reactivo al contexto y a hechos biográficos: crisis vitales, precariedad laboral, condiciones de pobreza o exclusión, etc. Este sufrimiento se entiende y se aborda mejor en el contexto de la continuidad e integralidad vital que ofrece Atención Primaria”

Incorporar psicólogos para la atención específica de los malestares emocionales en la primera línea de la asistencia tiene problemas según esta asociación:

- Dejar infradotados de profesionales de psicología los equipos especializados de salud mental para la atención de personas con síntomas emocionales graves
- Generalizar un modelo técnico y acontextual de la atención al sufrimiento, donde priman una visión categorial y una evaluación mediante escalas, y se ponen en el centro los modelos de afrontamiento dejando de lado las causas del malestar:

“Si el foco se coloca en el afrontamiento de las personas se puede generar una responsabilización y una individualización del malestar que resulte iatrogénica, y cuyo efecto sea la “capacitación” de personas que se adapten mejor a una sociedad generadora de desigualdad y enfermedad, que entiendan que el origen del mal está en sí mismas y la solución en el consejo experto, lo cual podría generar pasividad social y dependencia sanitaria”

- Este enfoque no ha demostrado ser capaz de disminuir ni las prescripciones farmacológicas ni las derivaciones a salud mental.
- Se refuerza la ley de cuidados inversos, ya que no aborda ninguno de los problemas estructurales de la AP ni de los servicios de salud mental, dejando con recursos precarios a los pacientes más graves y de esta manera se genera una distorsión de la proporcionalidad de la red.
- Asume el deterioro de la atención primaria y su capacidad para ofrecer una atención integral a las personas, incluyendo la atención de los trastornos emocionales no graves, como inevitable:

“Formular cambios fragmentarios sin tocar las condiciones de trabajo es una decisión política. Es más, en un contexto de medios insuficientes y desbordamiento, la introducción de especialistas focales corre el riesgo de que en la práctica la mayoría de profesionales de AP terminen abdicando de lo psicológico y derivándolo”



⁴³ Accesible en <https://amsmblog.files.wordpress.com/2021/11/psicologia-en-ap-la-casa-por-el-tejado-amsm.pdf>





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

Propuesta de **ADSP-RM**

Marzo de 2023

Por un sistema sanitario público que promueva la salud mirando a sus determinantes sociales y que mejore la atención a la cronicidad y a las personas mayores.

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