

Calidad asistencial y racionalización de los recursos

A long-exposure photograph of a city street at night. The foreground shows a road with white dashed lines and long, curved light trails from cars. In the background, several ornate buildings are illuminated. The central building has a prominent dome and a statue on top, lit with green light. Other buildings are lit with warm yellow and white lights. The sky is a deep blue.

La sostenibilidad, la eficiencia, el aprovechamiento de recursos y una atención integrada a la cronicidad y la dependencia son prioridades de los servicios sanitarios públicos regionales de la Comunidad de Madrid, Castilla-La Mancha y la Región de Murcia.

El Plan de Garantía de Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid implantado en 2013 contempla un conjunto de medidas efectivas para reducir el coste manteniendo la calidad asistencial mediante el uso racional de los recursos, el incremento de la productividad y la optimización de los procesos, implicando en su desarrollo a todos los profesionales del sistema sanitario.

Uno de los logros más relevantes en 2013 fue la reducción del gasto en farmacia que disminuyó en un 4,23%. El 58,74% del gasto fue debido a la receta médica, mientras que el 41,26% se debió a las adquisiciones directas especialmente en Atención Especializada. En la mejora de la utilización de los medicamentos, Madrid continuó implementando el Programa de Atención al Mayor Polimedcado, estando implantado en el 100% de los Centros de Salud de la Comunidad con una cobertura del 70,21% de la población diana en el 2013.

Otras actuaciones de especial relevancia para la disminución del gasto han sido el contrato de suministro para fraccionamiento de plasma que permite obtener los medicamentos que posteriormente se suministran a hospitales del SERMAS (en 2013 supuso un ahorro de 3,5 millones de euros) y las compras centralizadas de productos sanitarios con procedimientos de adjudicación para estent coronarios, tiras de glucemia capilar, apósitos de cura húmeda y agujas para plumas de insulina en Atención Primaria.

Iniciativas innovadoras

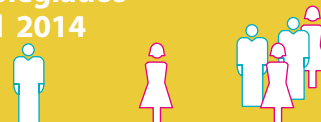
“Madrid Laboratorio Clínico” (MLC) se implantó como un proyecto de trabajo en red generado desde los profesionales que ha permitido la revisión y negociación de precios, la concentración de pruebas de menor frecuencia o mayor complejidad y la gestión de pruebas enviadas a centros externos mediante concursos centralizados. Participan 18 hospitales de la red sanitaria madrileña. Se definió un cuadro de mandos con un indicador de seguimiento de actividad de 25 pruebas tipo y otro de seguimiento económico, y se creó un espacio web específico para MLC. Están constituidos 18 grupos de trabajo sobre organización y adecuación de la demanda y se revisaron los perfiles de Atención Primaria. Se ha mejorado el control de la demanda con un claro ahorro en relación al año 2012, debido a la disminución de la actividad y el coste unitario.

El Código Ictus se implantó como una medida de mejora de la eficiencia en la utilización de recursos para garantizar el menor tiempo de actuación en la resolución del problema. El Centro Coordinador de Urgencias Médicas de Madrid-SUMMA 112 establece la ordenación y racionalización de los recursos existentes para garantizar la atención sanitaria de los pacientes que sufren ictus de naturaleza isquémica susceptible de reperusión mediante trombolisis en centros asistenciales con disponibilidad de Unidades de Ictus, en un tiempo inferior a las tres horas desde el inicio de los síntomas. La inclusión en el Código Ictus hace al paciente susceptible de ser derivado a cualquiera de los 7 hospitales con Unidades de Ictus operativas 24 horas/día y 7 días/ semana.

El Código Infarto Madrid es un ejemplo de abordaje integral del Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST, con el objetivo final de disminuir la mortalidad global y las secuelas en estos pacientes. Se basa en la organización de una red asistencial

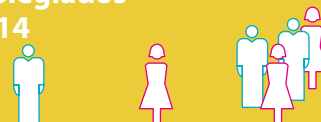
Uno de los logros más relevantes en 2013 fue la reducción del gasto en farmacia que disminuyó en un 4,23% en la Comunidad de Madrid

Número de médicos colegiados Comunidad de Madrid 2014



Menores de 35 años	2.697	5.944	8.641
De 35 a 44 años	2.821	5.457	8.278
De 45 a 54 años	3.710	5.083	8.793
De 55 a 64 años	4.913	3.916	8.829
De 65 a 69 años	1.647	702	2.349
De 70 años y más	3.402	658	4.060
Total	19.192	21.760	40.952

Número de médicos colegiados Castilla-La Mancha 2014



Menores de 35 años	423	938	1.361
De 35 a 44 años	786	1.138	1.924
De 45 a 54 años	1.003	973	1.976
De 55 a 64 años	1.520	697	2.217
De 65 a 69 años	282	57	339
De 70 años y más	492	45	537
Total	4.506	3.848	8.354

Número de médicos colegiados Región de Murcia 2014



Menores de 35 años	434	886	1.320
De 35 a 44 años	605	802	1.407
De 45 a 54 años	801	653	1.454
De 55 a 64 años	1.224	550	1.774
De 65 a 69 años	246	31	277
De 70 años y más	360	32	392
Total	3.670	2.954	6.624

Distribución de hospitales y camas según dependencia funcional C. de Madrid 2014



	Hospitales	Camas
Públicos civiles	41,3%	65,0%
Privados con ánimo de lucro	40,0%	20,4%
Privados sin ánimo de lucro	15,0%	11,1%
MCCSS*	2,5%	1,2%
Defensa	1,2%	2,3%

Distribución de hospitales y camas según dependencia funcional Castilla-La Mancha 2014



	Hospitales	Camas
Públicos civiles	67,9%	91,7%
Privados con ánimo de lucro	28,6%	8,1%
Privados sin ánimo de lucro	-	-
MCCSS*	3,5%	0,2%

Distribución de hospitales y camas según dependencia funcional Región de Murcia 2014



	Hospitales	Camas
Públicos civiles	37,0%	65,5%
Privados con ánimo de lucro	51,9%	28,9%
Privados sin ánimo de lucro	7,4%	5,1%
MCCSS*	3,7%	0,5%

* Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social
Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales 2015.

El Código Ictus se implantó como una medida de mejora de la eficiencia en la utilización de recursos para garantizar el menor tiempo de actuación

del infarto garantizando la coordinación entre niveles asistenciales y el plan de derivaciones entre ellos para prestar una atención urgente, encaminada a la aplicación precoz de la estrategia de reperfusión más adecuada. Se creó un registro que garantiza la evaluación y el seguimiento y se definieron 9 indicadores de calidad del proceso. En 2013 se activaron 1.173 códigos.

Mortalidad y morbilidad

Las tasas de mortalidad de la población de la Comunidad de Madrid, como las españolas, muestran una tendencia claramente descendente a lo largo de los últimos 35 años. Como consecuencia de la mejora de la mortalidad, las esperanzas de vida han tendido a aumentar, pasando de 70,6 años en hombres y 76,0 en mujeres en el año 1975 a 80,9 y 86,5 en 2012, respectivamente. Entre los años 2007 y 2012 el aumento de la esperanza de vida se ha debido principalmente a la mejora de la mortalidad de la población adulta madura (de 50 y más años de edad), y especialmente de la anciana (70 y más). Desglosando por las principales causas de muerte, se observa también cómo son las enfermedades del sistema circulatorio las que están detrás de la mayor parte de esa mejora de la mortalidad de las personas mayores, seguida de las enfermedades respiratorias y los tumores -en ambos casos sobre todo en los hombres-.

En el año 2013 se registraron en el Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios (CMBD) 924.590 altas correspondientes a personas con residencia en la Comunidad de Madrid, lo que representa una tasa de 144,1 por 1.000 habitantes. El 52,3% de las altas se dieron en hospitales públicos, el 22,2% en hospitales privados y el 25,5% por estancias en hospitales de día o para técnicas especiales. Las mujeres representaron el 54,6% del total de altas hospitalarias.

En el año 2012 en la Comunidad de Madrid se perdieron 573.094 años por mortalidad prematura o por ser vividos con discapacidad o mala salud, repartidos por igual entre hombres y mujeres. La tasa de AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad y mala salud) es de 9.539 por 100.000, confirmando la tendencia descendente de los últimos años. Las enfermedades no transmisibles concentran el 91,8% del total de la carga de enfermedad, frente al 5,8% de las enfermedades transmisibles y el 2,4% de las causas externas. Las enfermedades neuropsiquiátricas siguen siendo la primera causa por número de AVAD en la Comunidad de Madrid (32,7% del total), con mayor presencia en las mujeres que en los hombres. Le siguen los tumores (18,8%), las enfermedades de los órganos de los sentidos (10,6), las respiratorias (7,6) y las circulatorias (7,5).

Castilla-La Mancha

La gestión del servicio sanitario público de Castilla-La Mancha en los últimos años ha estado marcada por el objetivo de mantener la cantidad y calidad de los servicios

sanitarios en un contexto de consolidación del gasto inédito en el SNS.

Las ganancias de eficiencia necesarias para el logro del objetivo señalado se concretaron en el Plan de Garantía de los Servicios Sociales Básicos (agosto 2011) que guió el proceso de reordenación del gasto público regional con la prioridad de preservar los servicios públicos esenciales entre los que están los servicios sanitarios.

El programa de mejora de la eficiencia en el servicio público de salud se articuló en base a la reforma del modelo organizativo, a la racionalización de los procesos de gestión económico-financiera y a medidas en materia de personal y de uso racional de los medicamentos. Todo ello permitió acometer una reordenación de la actividad asistencial, optimizando la utilización de los recursos propios, reduciendo la utilización de los recursos concertados, al tiempo que incrementando la actividad asistencial. La creación de áreas de gestión integrada y la consiguiente racionalización de los cuadros directivos, también ha permitido emprender la reordenación de la actividad asistencial.

La reordenación de la actividad asistencial ordinaria del servicio de salud hizo posible prescindir en una buena parte de los conciertos externos, al tiempo que incrementar la actividad asistencial, llegándose en algunos casos como en trasplantes, a cifras antes no alcanzadas. Un plan de gestión de las listas de espera quirúrgica, para consultas externas y para técnicas diagnósticas ha permitido situar las salidas para estas tres listas de espera en cifras superiores a las de 2010 y reducir en 2013 el número de pacientes en lista de espera.

Hospitales según dependencia patrimonial 2014



	Comunidad de Madrid	Castilla-La Mancha	Región de Murcia	Total España
Seguridad Social	12	11	6	96
Ad. Central	0	0	0	2
Min. Defensa	2	0	0	4
C. Autónoma	20	7	4	166
Diputación o Cabildo	0	1	0	14
Municipio	0	0	1	14
Entidades públicas	0	0	0	41
MCCSS	2	1	1	17
Cruz Roja	1	0	0	10
Iglesia	11	0	0	58
Otro privado benéfico	2	0	2	60
Priv. No benéfico	30	8	13	305
Totales	80	28	27	787

En el año 2012 en la Comunidad de Madrid se perdieron 573.094 años por mortalidad prematura o por ser vividos con discapacidad o mala salud

Camas instaladas por dependencia patrimonial 2013



	Comunidad de Madrid	Castilla-La Mancha	Región de Murcia	Total España
Seguridad Social	7.406	3.925	2.418	39.243
Ad. Central	0	0	0	458
Min. Defensa	619	0	0	934
C. Autónoma	6.516	1.270	743	42.951
Diputación o Cabildo	0	95	0	2.205
Municipio	0	0	100	2.175
Entidades públicas	0	0	0	19.364
MCCSS	255	10	30	1.151
Cruz Roja	156	0	0	1.331
Iglesia	2.065	0	0	11.557
Otro privado benéfico	431	0	244	7.644
Priv. No benéfico	4.219	468	1.294	30.284
Totales	21.667	5.786	4.829	159.297

Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales 2015. Los complejos hospitalarios se contabilizan como un solo hospital.

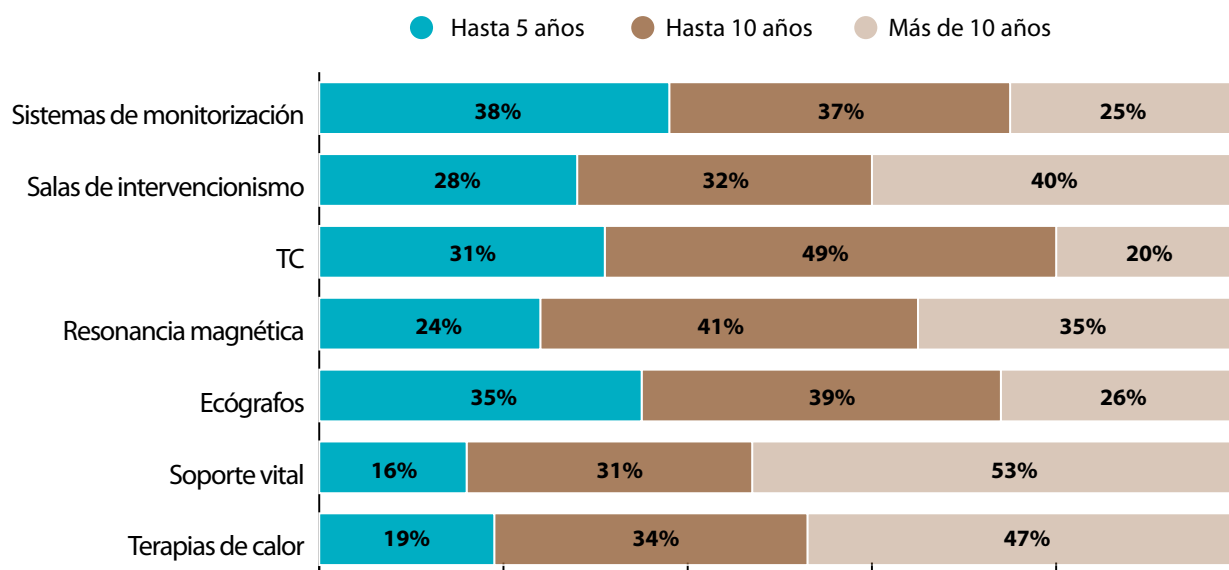
Distribución del personal en los hospitales 2013

	C. Madrid	Castilla-La Mancha	Región de Murcia
Médicos	12.398	3.585	2.551
Médicos Especialistas	7.891	2.236	1.524
Especialidades Quirúrgicas	4.507	1.436	1.027
Otro personal sanitario	42.843	11.952	8.942
Personal no sanitario	18.883	5.660	4.066

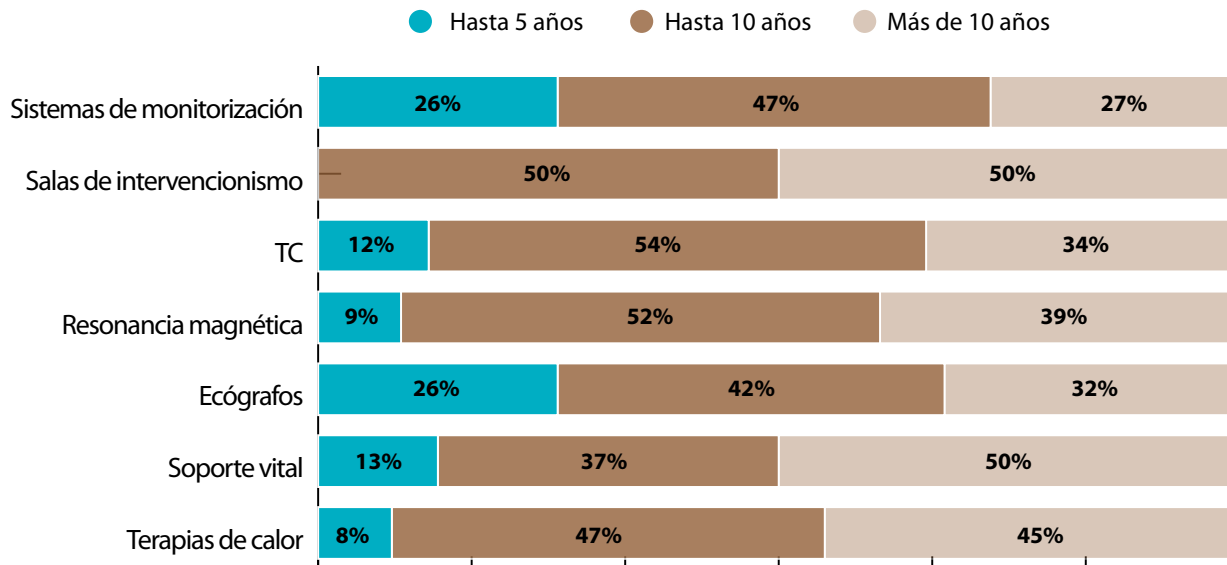
Fuente: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada Hospitales- SIAE 2013

Las mejoras en la actividad asistencial fueron posibles por el compromiso y el esfuerzo de la plantilla del Servicio de Salud, como muestran los índices de productividad, incrementos en la jornada y reducción del absentismo laboral. La liquidación de las deudas contraídas en ejercicios anteriores a 2011 y la reducción de los períodos de pago junto con la introducción de técnicas presupuestarias no incrementalistas en los centros de gasto han permitido reordenar y normalizar la gestión del presupuesto.

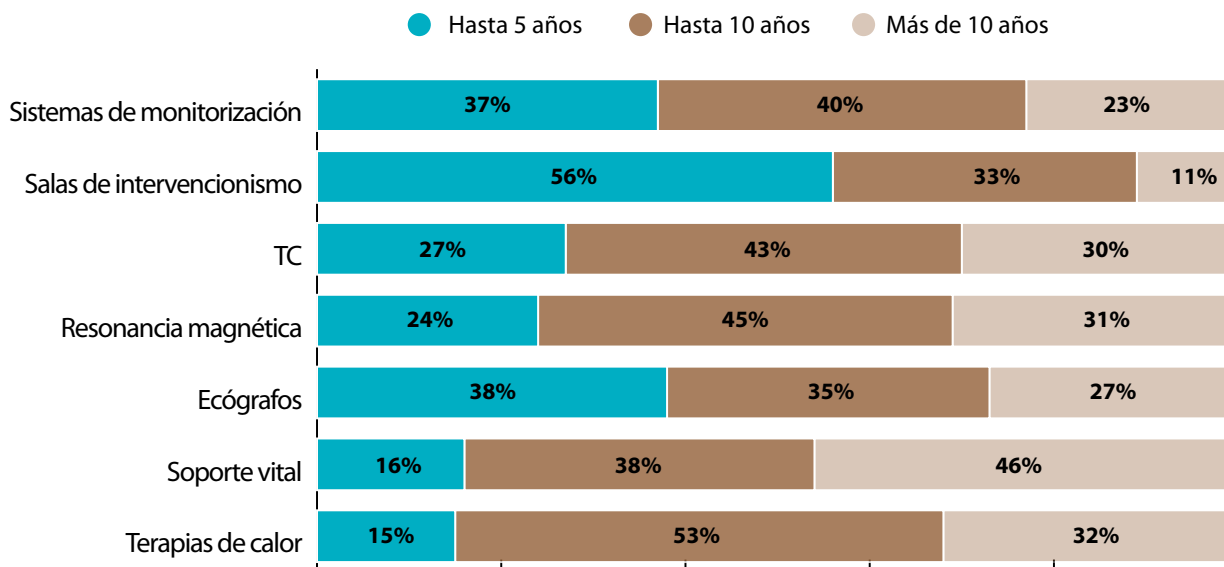
Perfil tecnológico hospitalario Comunidad de Madrid 2014



Perfil tecnológico hospitalario Castilla-La Mancha 2014



Perfil tecnológico hospitalario Región de Murcia 2014



Fuente: Fenin. Estudio Perfil Tecnológico Hospitalario en España. 2014

COMUNIDAD

Indicadores de gasto 2013

	C. Madrid	Castilla-La Mancha	Región de Murcia	Total España
Total compras y gastos	6.132.428.255	1.530.362.373	1.370.657.431	39.786.417.941
Gasto por habitante	960	734	938	854
Gasto por cama*	181.959	187.382	172.070	165.402
Gasto por alta*	4.439	4.697	5.294	4.441
Gasto por estancia*	479	516	544	483

* Calculado con base a la estimación de gasto de hospitalización a partir del número de UPAS (Unidad Ponderada de actividad).

Fuente: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada Hospitales- SIAE 2013

Médicos vinculados según especialidad. 2013

	C. Madrid	Castilla-La Mancha	Región de Murcia	Total España
Total médicos	12.398	3.585	2.551	82.721
Anestesia y Reanimación	945	243	178	6.244
Aparato Digestivo	351	98	64	2.129
Cardiología	389	104	89	2.474
Medicina Intensiva	358	89	81	2.495
Neurología	285	83	60	1.692
Pediatría	667	148	122	3.859
Psiquiatría	630	172	88	3.844
Rehabilitación	216	85	40	1.495
Resto médicas y S.Centrals	4.050	1.214	802	26.281
Total especialidades médicas	7.891	2.236	1.524	50.513
Angiología	96	26	5	639
Cirugía Cardíaca	64	9	10	322
Cirugía General	518	165	144	3.895
Cirugía Oral y Maxilofacial	77	26	19	468
Traumatología	673	175	136	4.664
Cirugía Pediátrica	59	10	14	373
Cirugía Plástica	73	14	11	461
Cirugía Torácica	49	4	5	256
Dermatología	227	50	38	1.249
Neurocirugía	83	19	12	558
Obstetricia y Ginecología	707	178	133	4.484
Oftalmología	459	141	86	2.915
ORL	296	86	75	1.942
Urgencias	875	366	282	8.158
Urología	251	80	57	1.824
Total Especialidades quirúrgicas	4.507	1.349	1.027	32.208

Fuente: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada Hospitales- SIAE 2013

La implantación en un período de 4 meses de la receta electrónica ha hecho posible obtener ganancias de eficiencia en consultas y farmacias, así como mejorar la calidad y seguridad de la prestación farmacéutica. Una política de selección eficiente de medicamentos ha permitido incrementar la cuota de utilización de genéricos y reducir el diferencial de gasto medio por receta con el SNS; se ha avanzado, asimismo, en la gestión clínica de los medicamentos hospitalarios con la participación de los médicos.

Plan de Garantía de Servicios Sociales

La Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha que se hizo cargo, en junio de 2011, tras las elecciones autonómicas, de la gestión de la sanidad regional se enfrentó a una situación inédita: mantener la actividad asistencial de las instituciones sanitarias con los créditos presupuestarios prácticamente agotados (el presupuesto sanitario estaba ejecutado en el 86,5%) y con una elevada deuda pendiente de pago de años anteriores. En el ámbito sanitario la deuda era muy importante (en servicios, en obras, en prestaciones,

Financiación de actividad asistencial 2013

	C. Madrid	Castilla-La Mancha	Región de Murcia	Total España
Altas totales	748.896	182.309	150.905	5.145.075
Financiadas por el SNS	71,06%	92,99%	88,67%	80,20%
Estancias totales	5.330.695	1.311.832	1.283.070	38.936.897
Financiadas por el SNS	82,09%	92,70%	91,39%	87,66%
Consultas totales	16.071.629	3.830.343	2.678.016	92.174.925
Financiadas por el SNS	80,04%	91,10%	94,05%	85,08%
CMA Total	268.065	58.953	48.407	1.543.092
Financiadas por el SNS	71,91%	91,14%	81,04%	80,18%
Urgencias totales	4.022.840	945.170	923.184	26.297.730
Financiadas por el SNS	71,81%	87,69%	83,90%	77,67%
Hospital de día sesiones totales	841.525	121.461	83.914	5.226.549
Financiadas por el SNS	87,75%	89,80%	99,49%	94,73%
Hospitalización a domicilio visitas totales	4.469	162	592	97.151
Financiadas por el SNS	98,30%	100,00%	100,00%	97,02%

Principales resultados actividad asistencial 2013

	C. Madrid	Castilla-La Mancha	Región de Murcia	Total España
Nº hospitales	81	28	26	764
Camas en funcionamiento	18.268	4.570	4.643	138.153
Pacientes ingresados	749.066	182.286	150.962	5.185.971
Pacientes dados de alta	748.896	182.309	150.905	5.145.075
Estancias causadas	5.330.695	1.311.832	1.283.070	38.936.897
Consultas totales	16.071.629	3.830.343	2.678.016	92.174.927
Urgencias totales	4.022.840	945.170	923.184	26.297.730
Actos quirúrgicos	799.494	158.019	138.528	4.917.274

en impagos a oficinas de farmacia, a los laboratorios por los medicamentos hospitalarios, en transporte sanitario, etc.) y las facturas, deuda aparte, sin pagar se contaban por cientos de miles, por valor de 1.700 millones de euros.

La complejidad de la situación demandaba una estrategia bien definida, que se plasmó en el Plan de Garantía de los Servicios Sociales Básicos (PGSSB), un conjunto de medidas que afectaron a todas las Consejerías que componen el Gobierno Regional y que permitió articular medidas estructuradas y coherentes con el fin de cumplir dos grandes objetivos:

- Garantizar los mejores servicios sociales, educativos y sanitarios.
- Arbitrar las medidas necesarias para el fomento del empleo.

El PGSSB aseguró la continuidad de los servicios en un escenario económico que traía aparejada una drástica reducción de ingresos

para la Junta de Castilla-La Mancha. Una parte fundamental del PGSSB contenía actuaciones de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, ya que este departamento representa aproximadamente el 60% del techo de gasto de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. La Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales tuvo que llevar a cabo un extenso programa de reformas estructurales con el fin de garantizar la provisión de servicios sanitarios. El criterio ordenador de este programa fue el de aprovechar al máximo todos los recursos disponibles en el servicio de salud reforzando su sostenibilidad.

La ejecución de la estrategia en el período agosto 2011-diciembre 2013 permitió mantener el nivel de prestación de servicios asistenciales, ordenar y estabilizar la gestión económica y financiera del Servicio de Salud, racionalizar la gestión de los recursos humanos, mejorar tecnológicamente y racionalizar la gestión de la farmacia.

Una de las primeras reformas adoptadas consistió en la integración de la gestión de los servicios sanitarios de atención primaria y de atención especializada; para ello se creó mediante Orden del Consejero de Sanidad de 18 de diciembre de 2012 una nueva forma organizativa, la gerencia integrada.

En las gerencias integradas se produce la unión de ambos niveles asistenciales bajo un único gestor. La gestión integrada facilita la evolución hacia el paradigma de atención del paciente crónico y pluripatológico, que está orientando todas las iniciativas de reforma emprendidas en el dispositivo asistencial. En la gestión integrada de la prestación sanitaria se facilita la consecución de mayores niveles de continuidad asistencial, así como que el paciente sea siempre atendido en el recurso sanitario más oportuno para sus necesidades en cada momento.

El despliegue de esta nueva fórmula organizativa supuso la creación de las gerencias integradas de Albacete, Almansa, Hellín, Villarrobledo, Ciudad Real, Valdepeñas, Alcázar de San Juan, Manzanares, Tomelloso, Puertollano, Cuenca, Guadalajara y Talavera de la Reina.

Plan de Salud 2010-2015

El Plan de Salud de la Región de Murcia 2010-2015 se concibió como un instrumento de cambio, un plan para la acción, en el que se establecen una serie de objetivos para mejorar la salud y la calidad de vida de la población.

A diferencia de los Planes anteriores, su contenido se centra fundamentalmente en la salud de la población, más allá de la organización y la productividad de los servicios sanitarios, compartiendo la responsabilidad sobre ella con otros ámbitos no estrictamente sanitarios y con los propios ciudadanos. Como consecuencia, se articula en torno a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la equidad, la eficiencia, la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios, estableciendo objetivos cuantificables que debieron alcanzarse en el año 2015

El cambio de contexto también influyó en su desarrollo. Ya no se trata de asimilar las transferencias, sino que, asumidas éstas plenamente, los esfuerzos se orientan a incrementar las cotas de salud de la población. Por otro lado surgieron nuevas iniciativas de diferentes organismos regionales, nacionales y europeos que establecieron un marco de referencia diferente. En este sentido, hay que destacar, entre otras, el Plan Estratégico de la Región de Murcia 2007-2013, la política Salud 21 de la Oficina Europea de la OMS y la nueva Estrategia Sanitaria Europea.

A grandes rasgos, este Plan de Salud se ha desarrollado en cuatro grandes etapas en las que se han integrado todos estos elementos. Una primera, de análisis e identificación de la situación de partida y de los problemas de salud existentes. Otra en la que se han formulado los objetivos a alcanzar, las estrategias y los plazos de ejecución. En tercer lugar, se han establecidos los mecanismos de seguimiento, para finalizar identificando los recursos para su financiación.

Probablemente el mayor esfuerzo del Plan se ha realizado en la definición de sus objetivos. Cada uno de ellos se ha formulado, además de globalmente, para hombres y mujeres, con el propósito de detectar posibles desigualdades. Para todos se han establecido metas cuantificadas a partir de la evolución estimada de los problemas de salud y el impacto de las actuaciones.

El Plan de Salud centró sus esfuerzos en aquellos condicionantes que, en mayor medida, pueden impactar en el nivel de salud de la sociedad murciana. Entre estos conviene destacar:

- Promover la implicación del ciudadano con su salud, fomentando conductas y estilos saludables de vida.
- Desarrollar y reforzar políticas sanitarias e intersectoriales para promover la salud en la población, generar entornos saludables de vida, mejorar la calidad del medioambiente y potenciar los mecanismos de prevención y seguridad de la salud colectiva.
- Disminuir las desigualdades en salud, que en gran parte son causantes de los resultados desfavorables evidenciados.
- Potenciar la Atención Primaria, como base del sistema sanitario, principal interlocutor del paciente y gestor de su salud, y promotor de la salud colectiva.
- Mejorar la práctica clínica en el sistema sanitario, promoviendo la reducción de la variabilidad, la continuidad de cuidados y la seguridad clínica.
- Reforzar la coordinación con los dispositivos sociales y de asis-

tencia a la dependencia, para promover la autonomía de la ciudadanía.

- Fortalecimiento de la gestión del sistema sanitario para mejorar la respuesta de las organizaciones y profesionales a las expectativas de la sociedad.
- Reforzar los abordajes transversales de las patologías crónicas, mediante el desarrollo y evaluación de vías clínicas integrales entre niveles asistenciales, así como mejorar la efectividad de los tratamientos curativos, rehabilitadores y paliativos.
- Promocionar la capacitación e implicación del paciente y su entorno con su enfermedad, mediante intervenciones individuales y grupales.
- Mejorar la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer. +

Ejes estratégicos Plan 2010-2015

- *Los Resultados en Salud.* Los ciudadanos y la sociedad tienen derecho a conocer los resultados derivados de la práctica asistencial y los profesionales y los trabajadores y la administración sanitaria tienen la responsabilidad de ofrecer los mejores resultados de salud posible. Para su desarrollo resulta imprescindible la elaboración y monitorización de indicadores, conocer la variabilidad de la práctica clínica, establecer criterios para garantizar las buenas prácticas para la seguridad de los pacientes y evaluar la calidad percibida.
- *La Atención a la Cronicidad.* El sistema sanitario de la Región de Murcia tiene que responder al reto que plantean las enfermedades crónicas y corregir sus deficiencias actuales, derivadas del exceso de fragmentación y de una orientación centrada en las enfermedades agudas. Se propone el diseño e implementación de un conjunto de proyectos estratégicos dirigidos a la continuidad de cuidados entre los ámbitos asistenciales; la estratificación de la población en función de comorbilidad y complejidad; la promoción del autocuidado y educación del paciente; el desarrollo de competencias profesionales avanzadas en enfermería; la integración de la historia clínica y una atención sociosanitaria integrada.
- *Procesos Asistenciales.* Con el fin de resolver la excesiva fragmentación que sucede con la atención sanitaria, es necesario avanzar hacia una atención sanitaria integrada por medio de la implantación progresiva y la evaluación de procesos asistenciales, a través de recomendaciones y guías clínicas compartidas entre niveles. Se propone la creación de Redes Asistenciales Integradas que den respuesta a necesidades asistenciales en todo el Sistema Regional de Salud y que favorezcan la innovación en la organización de las estructuras asistenciales.