



## CONSEJO DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA

Acta de la reunión del día 30 de mayo de 2016  
Acta 1/2016

**Reunión del día 30 de mayo de 2016.**

**Asistentes:**

*Presidente:*

*.- Excm. Sra. D<sup>a</sup>. Encarnación Guillen Navarro. Consejera de Sanidad.*

*Vicepresidente:*

*.- Ilmo. Sr. D. Martín Quiñonero Sánchez. Secretario General de la Consejería de Sanidad.*

*Vocales:*

*En representación de la Administración de la Comunidad Autónoma:*

*.- Ilmo. Sr. Director Gerente del Servicio Murciano de Salud: D. Francisco Agulló Roca.*

*.- Ilmo. Sr. Director General de Salud Pública y Adicciones: D. Manuel Molina Boix.*

*.- Ilma. Sra. Directora General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano: D<sup>a</sup>. María Teresa Martínez Ros.*

*.- Ilma. Sra. Directora General de Asistencia Sanitaria del Servicio Murciano de Salud: D<sup>a</sup>. Mercedes Martínez-Novillo González.*

*En representación de la Federación Regional de Municipios:*

*.- En representación del Ayuntamiento de Cartagena: D. Francisco José Calderón Sánchez.*

*.- En representación del Ayuntamiento de Cieza: D. Pascual Lucas Díaz.*

*En representación de las Organizaciones sindicales más representativas:*

*.- En representación de UGT: D. Antonio Jiménez Sánchez.*

*En representación de las Organizaciones Sindicales presentes en la mesa Sectorial del SMS:*

*.- En representación de CEMS: D. Francisco Miralles Jiménez.*

*En representación de las Organizaciones Empresariales:*

*.- En representación de CROEM: D. Pedro Hernández Jiménez.*

*En representación de las Asociaciones de Vecinos:*

*.- En representación de la Federación de AA VV Fernando Garrido: D. Luis Sánchez Pina.*

*En representación de las Organizaciones de Consumidores y Usuarios:*

*.- En representación de UCE Unión de Consumidores de España: D. Pedro Valera Duque.*

*En representación de los Colegios Profesionales del área socio-sanitaria:*

*.- En representación del Colegio Oficial de Médicos: D<sup>a</sup>. Isabel Montoya Martínez.*

*.- En representación del Colegio Oficial de Farmacéuticos: D<sup>a</sup> Isabel Tovar Zapata.*

*.- En representación del Colegio Oficial de Veterinarios: D. Fulgencio Fernández Buendía.*

*.- En representación del Colegio Oficial de Enfermería: D. Enrique Mirabet Segura.*

*.- En representación del Colegio Oficial de Podólogos: D. Francisco Javier Serrano Martínez.*

*.- En representación del Colegio Oficial de Biólogos: D. Manuel Muro Amador.*

*.- En representación del Colegio Oficial de Ópticos-Optometristas: D. José Vicente Hernández Pastor.*

*.- En representación del Colegio Oficial de Fisioterapeutas: D. Sebastián Peris Sánchez.*

*.- En representación del Colegio Oficial de Psicólogos: D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> José Catalán Frías.*





*.- En representación del Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas: D. Miguel Celdrán de Haro.*

*En representación de la Universidad de Murcia:*

*.- El Sr. Decano de la Facultad de Medicina: D. Miguel García Salom.*

*En representación del Área de Salud I: El Concejal Delegado de Deportes y Salud del Ayuntamiento de Murcia: D. Felipe Coello Fariña.*

*En representación del Área de Salud II: El Concejal de Vida, Sanidad, Consumo y Medio Ambiente del Ayuntamiento de Cartagena: D. Francisco José Calderón Sánchez.*

*En representación del Área de Salud III:*

*.- La Responsable del Programa de Educación para la Salud, D<sup>a</sup>. Ana Ibarra López, por delegación de D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Carmen Ruiz Jódar, Concejala de Sanidad, Consumo y Participación Ciudadana del Ayuntamiento de Lorca.*

*En representación de las Entidades de Enfermos Crónicos:*

*.- En representación de CERMI: D<sup>a</sup>. Pilar Morales Gálvez.*

*.- En representación de FAMDIF: D<sup>a</sup>. Carmen Gil Montesinos.*

*En representación de las Asociaciones de Voluntariado:*

*.- En representación de la Plataforma del Voluntariado: D. Juan Pedro Baños Jiménez.*

*Invitados:*

*.- D. José Sánchez Monfort. Tesorero de SEAPREMUR.*

*.- D. Diego Fernández López, Secretario General Técnico del Servicio Murciano de Salud.*

*.- Ilmo. Sr. Director General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud: D. Pablo Alarcón Sabater.*

*Excusan su presencia con anterioridad:*

*En representación de los Colegios Profesionales del área socio-sanitaria:*

*.- Presidenta del Colegio Oficial de Trabajo Social y Asistentes Sociales: D<sup>a</sup>. Judit García Álvarez.*

*.- Secretario Técnico del Colegio Oficial de Químicos: D. Juan Zaragoza Planes.*

*En representación del Área IV: La Concejal de Sanidad, Servicios Sociales y Mujer del Ayuntamiento de Caravaca de la Cruz:*

*.- D<sup>a</sup> María José Soria Martínez*

*Secretario:*

*.- D. Miguel Martín López. Vicesecretario de la Consejería de Sanidad.*

En Murcia, a 30 de mayo de 2016, siendo las 17:15 horas, previamente convocado, se reúne, en el Salón de Actos de la Consejería de Sanidad, sito en Ronda de Levante, 11, 30008 - Murcia, el Consejo de Salud de la Región de Murcia, con la asistencia de los miembros expresados arriba.

Declarada abierta la sesión por la Sra. Presidenta, ésta da la bienvenida a todos los asistentes y agradece la colaboración ya prestada por todos ellos en la mejora del proceso asistencial en la Región ya que todos los presentes tienen como objetivo común la mejora de la calidad asistencial, colaborando entre otras cuestiones en la mejora de las listas de espera, en los planes de control interno del SMS, promocionando hábitos saludables y en especialmente en el proceso de participación iniciado con el denominado Pacto por la Sanidad a través del Portal de la





Transparencia, con el que se pretende llegar en primer lugar a un pacto social para después extenderlo a un pacto político con todas las representaciones parlamentarias. La Sra. Consejera expone que la próxima semana el Expediente del Decreto por el que se regulan los órganos de participación por el que se regula la composición y funcionamiento de los órganos de participación ciudadana del sistema sanitario público de la Región de Murcia especialmente en los Consejos de Salud de Área y de Zona será enviado al Consejo de Gobierno para su aprobación, con lo que se completa un paso más en la participación ciudadana en los ámbitos sanitarios de Áreas y Zonas de Salud.

Tras ello, se procede a tratar los siguientes asuntos según el siguiente **ORDEN DEL DIA:**

**Punto 1.- Lectura y aprobación, si procede, del acta de la sesión anterior.**

**Punto 2.- Informe sobre la sentencia de anulación de la Disposición Transitoria 3ª de la Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local.**

**Punto 3.- Puesta en marcha de un protocolo de vacunación para trasplantes de órgano sólido (en espera o ya trasplantados).**

**Punto 4.- Inclusión de la vacuna frente a la varicela en el calendario infantil de la Región de Murcia en régimen de dos dosis**

**Punto 5.- Implantación de un nuevo calendario infantil de vacunación en el segundo semestre (promovido por el MSSSI y las CCAA).**

**Punto 6.- El Programa de Seguimiento de Enfermedades Profesionales entre la Inspección y los Centros de Atención Primaria (SMS).**

**Punto 7.- Reestructuración de los Centros Directivos de la Consejería y del SMS.**

**Punto 8.- Plan de actuación para la disminución de la espera quirúrgica y de la espera en consultas y pruebas complementarias.**

**Punto 9.- Estrategia para garantizar la completa cobertura sanitaria en la Región de Murcia. Instrucciones del Gerente del SMS.**

**Punto 10.- Plan de Mejora para la Gestión eficiente de la Contratación Administrativa y del Aprovisionamiento de Productos sanitarios y farmacéuticos.**

**Punto 11.- Plan de Mejora para la Contratación de la Actividad Concertada en el Servicio Murciano de Salud.**

**Punto 12.- Organización de Servicios de los hospitales de Santa Lucía y Santa María del Rosell de Cartagena.**

**Punto 13.- Informe sobre el proyecto de Orden de la Consejería de Sanidad por la que se regula la composición, organización y funcionamiento de la Comisión Regional de Farmacia y terapéutica.**

**Punto 14.- Ruegos y Preguntas.**





## **PUNTO PRIMERO.- LECTURA Y APROBACIÓN, SI PROCEDE, DEL ACTA DE LA SESIÓN ANTERIOR.**

Por la Sra. Consejera se somete a la consideración de los asistentes el Acta de la sesión anterior, celebrada el 27 de abril de 2015. Por el representante de la Universidad de Murcia se pone de manifiesto una discordancia en su intervención en el punto segundo y por la Sra. Presidenta se sugiere que, a fin de recoger sin errores lo que realmente quiso expresar el asistente, lo que desee que aparezca en el Acta sea enviada por escrito vía email al Secretario del Consejo que la incorporará al texto, por lo que de conformidad con lo manifestado en la reunión de 30 de mayo de 2016, se da por aprobada el Acta de la reunión de 25 de abril de 2015.

.- Los miembros del Consejo, adoptan el siguiente **ACUERDO**:

***“Aprobar el Acta de la sesión anterior del Consejo de Salud celebrada el 27 de abril de 2015 con las matizaciones que aportará el representante de la Universidad de Murcia.”***

## **PUNTO SEGUNDO.- Informe sobre la sentencia de anulación de la Disposición Transitoria 3ª de la Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local.**

La Sra. Consejera cede la palabra al Secretario General de la Consejería quien expone que la promulgación de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local, estableció en su Disposición Transitoria Tercera que en el plazo de seis meses desde la entrada en vigor de esta Ley, las Comunidades Autónomas, prestarían los servicios relativos a la inspección y control sanitario de mataderos, de industrias alimentarias y bebidas que hasta ese momento vinieran prestando los municipios.

Cuando fue promulgada la Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local, desde la Dirección general de Salud Pública se estaban preparando “CONVENIOS DE COLABORACIÓN” con los Ayuntamientos de la Región con Inspección Veterinaria propia. La Tramitación de dichos convenios fue paralizada a raíz de la promulgación de la Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local, paralización que se interrumpe como consecuencia de la Sentencia del Tribunal Constitucional.

Desde esa fecha hasta la actualidad, todos los ayuntamientos de la Región, a pesar de contar con inspectores veterinarios propios, cesaron en la actividad de control oficial alimentario, a excepción del Ayuntamiento de Murcia que siguió ejercitándolo.

El Tribunal Constitucional, a través de su Pleno, dictó una sentencia en fecha 8 de marzo de 2016, ante el recurso de la Federación Española de Municipios y Provincias a la Ley, declarando no conforme la citada Disposición Transitoria Tercera.

Así pues, a fin de coordinar y distribuir la actividad inspectora, y a su vez dar acceso a los Sistemas de Información en Seguridad Alimentaria y Zoonosis (SISAZ) a los inspectores veterinarios municipales para armonizar y homogenizar todas las actividades de control oficial de la cadena alimentaria, y con la finalidad de no duplicar actividades inspectoras en el ámbito alimentario, desde la Comunidad Autónoma de Murcia y los Ayuntamientos, racionalizando el gasto, y la realidad de los controles que





deben figurar en el PNCOCA, se va a proceder a la reactivación de los convenios de colaboración con los Ayuntamientos con Inspección Veterinaria propia, es decir con los ayuntamientos de Murcia, Lorca, Totana, Molina de Segura, Torres de Cotillas, Alcantarilla, Águilas y Yecla.

El representante del Colegio Oficial de Veterinarios manifiesta que quiere matizar algunas cuestiones, ya que cuando entró en vigor la Ley de racionalización cambió algunas competencias locales y tanto el Ayuntamiento de Murcia como el Consejo General de Colegios de Veterinarios no estuvieron de acuerdo con dicho cambio y el Tribunal Constitucional le ha dado la razón. Solicita expresamente que en los convenios que se realicen con los ayuntamientos para las actividades inspectoras en el ámbito alimentario se respete escrupulosamente las competencias municipales.

El representante de CEMS solicita informarse la razón por la que en la documentación aportada no aparece el Ayuntamiento de Cartagena como uno con los que se está reactivando el Convenio de colaboración.

El Secretario General de la Consejería manifiesta que Cartagena no aparece en el listado porque no ejercen competencias en materia de Salud Pública, no tiene inspección veterinaria propia por lo que no es necesario el convenio para evitar duplicidades. En cuanto a las competencias municipales manifiesta que por supuesto se respetan, ya que así está en la Ley y que hoy en día los controles alimentarios no tienen sólo incidencia local sino que han de coordinarse y mandarse informes tanto a la comunidad autónoma como al estado español y a la unión europea por lo que la coordinación ha de ser total, independientemente de las competencias específicas de cada administración.

**PUNTO TERCERO.-** Puesta en marcha de **un protocolo de vacunación para trasplantes de órgano sólido** (en espera o ya trasplantados).

La Sra. Consejera cede la palabra al Director General de Salud Pública y Adicciones quien expone que los pacientes trasplantados de órgano sólido requerirán de un tratamiento inmunosupresor a largo plazo para evitar posibles rechazos. Esta situación de depresión del sistema inmunitario les hará más susceptibles al padecimiento de enfermedades prevenibles por vacunación siempre que no se les haya actualizado su calendario de vacunación con anterioridad a la intervención quirúrgica.

Por otra parte, el padecimiento de estas enfermedades podría motivar el fracaso del propio trasplante o una mayor gravedad del proceso infeccioso.

Es por ello que desde la Dirección General de Salud Pública y Adicciones se decidió a primeros de este año elaborar, conjuntamente con las Unidades de Trasplante Hepático, Renal y Cardíaco del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, un protocolo de actuación que incluyera a los pacientes en lista de espera para trasplante y a aquellos que ya lo hubieran recibido.

Se trata, por tanto, de un Programa de Vacunación frente a enfermedades prevalentes y/o graves, del tipo de gripe, enfermedad neumocócica invasora, tosferina y herpes zóster, dirigido a niños y adultos y centralizado en el Servicio de Prevención de la Consejería de Sanidad. Con la puesta en marcha del Programa se actuará no solamente sobre los pacientes sino también con sus contactos estrechos con el objeto





de crear un “cinturón de inmunes” a su alrededor que disminuya, en lo posible, el riesgo de contagio.

El representante de las Asociaciones de Voluntariado solicita que el protocolo se presente junto con las asociaciones de trasplantados y con las de usuarios y tras manifestar la colaboración de los voluntarios en la puesta en marcha del protocolo solicita información sobre si está previsto crear una cartilla específica de vacunación para este colectivo. Manifiesta que sus asociaciones tienen asesores técnicos que han podido colaborar pero que sus asociaciones no pueden aprobar el protocolo ya que lo desconocen, pero reitera su voluntad de colaborar con el mismo.

El Director General de Salud Pública y Adicciones expone que la administración no es la que propone el protocolo, sino que son los técnicos, los expertos en vacunaciones y en trasplantes quienes lo hacen, son razones técnicas, no políticas las que aconsejan su implantación. Y que se ha diseñado en dos partes, una de vacunación de hasta los 18 años y otra para para los adultos de 18 años en adelante.

El representante de la Universidad de Murcia expone que es una magnífica iniciativa y felicita a la administración por su puesta en marcha.

#### **PUNTO CUARTO.- Inclusión de la vacuna frente a la varicela en el calendario infantil de la Región de Murcia en régimen de dos dosis.**

La Sra. Consejera cede la palabra al Director General de Salud Pública y Adicciones quien expone que la varicela es una enfermedad infecciosa que afecta mayoritariamente a niños pequeños y que en general cursa, en esa población, de un modo benigno. No obstante, dada su alta contagiosidad, prácticamente todos los niños de una cohorte padecen la enfermedad anualmente. Aunque no suele ser grave, sí es causa frecuente de inasistencia a la escuela, de absentismo parental y de alto consumo de medicación sintomática (antitérmicos, antipruriginosos...). Por otra parte, la infección infantil puede ser la fuente de transmisión para otras personas que se encuentren en una situación de “debilidad inmunológica” en las que la enfermedad puede acabar en hospitalizaciones y fallecimientos.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud tuvo en cuenta, en su reunión del pasado mes de julio, estos extremos y decidió de manera unánime la inclusión de la vacuna en los calendarios de vacunación de las CCAA en régimen de dos dosis, esto es durante el segundo año y el tercer o cuarto año de la vida. Nuestra Región, haciéndose eco de estas recomendaciones la ha incluido en los nacidos a partir de enero de 2015 que la reciben a los 15 meses y otra vez a los 4 años. La primera en forma individual y la segunda en forma de vacuna tetravalente (sarampión, rubeola, parotiditis y varicela).

Por otra parte se mantiene la política de vacunación de los escolares susceptibles (para evitar su paso a la edad adulta, en esa situación) y la de los adultos con especial hincapié en sanitarios y mujeres en edad fértil.

El presupuesto de la inclusión de la vacuna es de 354.900 euros que se duplicará una vez que los escolares de quince meses lleguen a los cuatro años.

La representante del Colegio Oficial de Médicos felicita a la Consejería por la introducción de la vacuna frente a la varicela, enfermedad que aunque en contadas ocasiones tiene complicaciones, estas son graves, sobre todo en adultos.





El representante de las Asociaciones de Voluntariado solicita que se contemplen a los pacientes trasplantados o en espera de trasplante.

El representante de SEAPREMUR solicita información por la que no se ha incorporado la tetravalente al año.

El Director General de Salud Pública y Adicciones informa que una de las indicaciones de la vacunación de la varicela, desde siempre, ha sido a los inmunodeprimidos, sobre todo a los enfermos de leucemia y otras autoinmunes y que es muy complicado introducir modificaciones para una determinada vacuna en el calendario vacunal, ya que se desconfigura toda la programación muy fácilmente. En el presente caso ha sido una decisión tomada a nivel nacional, en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y la fecha de corte de 31 de diciembre de 2015 es una fecha, como podía haber sido otra, pero hay que por una de referencia.

**PUNTO QUINTO.- Implantación de un nuevo calendario infantil de vacunación en el segundo semestre (promovido por el MSSSI y las CCAA).**

El Director General de Salud Pública y Adicciones expone que hasta ahora había 17 comunidades autónomas y 17 calendarios vacunales, pero que el pasado mes de abril el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó por unanimidad una sustancial modificación del calendario infantil de vacunación, en sintonía con los calendarios de algunos países europeos próximos. Esta modificación fue fruto del trabajo de análisis de la correspondiente documentación científica de los últimos treinta años llevado a cabo por la Ponencia de Vacunas del Consejo, en el que nuestra Comunidad jugó un papel de especial relevancia.

Básicamente el cambio consiste en pasar de un esquema “3+1” (tres dosis de vacuna en el primer año y un recuerdo en el segundo), a un esquema “2+1” (dos dosis en el primer año y un recuerdo precoz al final de éste). Las vacunas que se verán afectadas por los cambios son la de difteria, tétanos, tosferina, poliomieltitis, hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b.

Entrará en vigor para los nacidos a partir del mes de julio de 2016.

La principal ventaja del nuevo calendario es la reducción del número de inyecciones que se van a administrar a los menores de dos años, disminuyendo las molestias por los pinchazos, reduciendo también las visitas al centro sanitario necesarias para la vacunación. También se obtiene un ahorro económico que contribuye a una mejor gestión de los recursos disponibles, aunque este no ha sido un motivo determinante para el cambio del nuevo calendario.

Además el cambio contribuye a paliar los efectos producidos por el problema temporal de suministro de algunas vacunas, que afecta a varios países desde comienzos del año 2015. Este problema ha acelerado la evaluación para el cambio de calendario que ya se estaba realizando, a la vez que se tomaban medidas temporales desde el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para utilizar las vacunas disponibles de manera equitativa priorizando los grupos de población a vacunar hasta que se solucione el problema.

El representante del Colegio Oficial de Enfermería manifiesta que en los 3 o 4 últimos años ha habido cambios en el calendario vacunal que ha ocasionado mucha





confusión por o desconocimiento en los padres, ya que en función de la fecha del nacimiento del hijo tenían que ponerle una u otra vacuna que no coincidía con la que le pusieron a otro hijo anterior, por lo que demanda más información para la población.

La representante del Colegio Oficial de Farmacéuticos felicita por la unificación del calendario y pide que se rescate a los nacidos en diciembre de 2014 para el nuevo calendario vacunal.

El representante de la Universidad de Murcia manifiesta que quizás sea necesaria una campaña institucional a nivel nacional, ya que el nuevo calendario es común a todo el Estado.

El Director General de Salud Pública y Adicciones expone que la vacunología es cambiante, ya que se adapta en cada momento a las necesidades sanitarias y a las vacunas disponibles, por lo que es muy difícil “congelar” el calendario vacunal para que perdure en el tiempo, ya que continuamente se desarrollan nuevas vacunas para nuevas enfermedades, y que el de Murcia es junto al de Valencia el programa de vacunación que más éxito tiene a nivel nacional con un 95% de vacunación, teniendo en cuenta que el registro no es porcentual, sino nominal. Es decir se registra nominalmente a cada paciente o niño, las vacunas que se le han puesto, con lotes, tipo, etc., y en la fecha que se le han puesto, por lo que se puede saber individualmente el estado de inmunización de cada vacunado.

La Sra. Consejera expone que la vacunología está viva y prueba de ello es la vacunación de la tosferina a las embarazadas y que siempre se intenta comunicar lo mejor posible, como en el caso de la tosferina en el que se citó a las sociedades científicas afectadas para informales de la vacunación.

#### **PUNTO SEXTO: El Programa de Seguimiento de Enfermedades Profesionales entre la Inspección y los Centros de Atención Primaria (SMS).**

La Sra. Consejera cede la palabra a la Directora General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano quien expone que es un programa que está en marcha y cuyos resultados son magníficos señalando que toda la información la tienen en el documento s ese les envió por correo y que se puede resumir en que durante el año 2015 los médicos de atención primaria del Servicio Murciano de Salud notificaron 1943 sospechas de enfermedad profesional. Una vez procesadas por parte de la Unidad de Seguimiento de sospecha de enfermedades profesionales de la Dirección General (USSEP), se realizaron 839 interconsulta a las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social. Se emitieron 916 informes motivados a los médicos de atención primaria de aquellas notificaciones de sospechas que no cumplían criterios técnico-legales de enfermedad profesional.

El representante del Colegio Oficial de Enfermería felicita a la Consejería por la puesta en marcha y resultados obtenidos con el programa e insta a que se realicen más contrataciones de Médicos del trabajo y de Enfermeros del trabajo en el SMS.

El representante de las Asociaciones del Voluntariado se adhiere a la felicitación.





## **PUNTO SÉPTIMO: Reestructuración de los Centros Directivos de la Consejería y del SMS.**

El Secretario General de la Consejería expone que mediante el Decreto 109/2015, de 10 de julio, por el que se establecen los Órganos Directivos de la Consejería de Sanidad y el Decreto n.º 228/2015, de 16 de septiembre, de Consejo de Gobierno, por el que se establecen los Órganos Directivos del Servicio Murciano de Salud, se ha producido una adaptación a las nuevas necesidades de la administración sanitaria de la Región de Murcia, separando las competencias estrictamente sanitarias de las de política social para mejor cumplimiento de las funciones encomendadas a los poderes públicos.

La Consejería de Sanidad se organiza con una Secretaría General y 2 Direcciones Generales:

La Dirección General de Salud Pública y Adicciones de la que dependerá la Unidad de Coordinación Técnica de Adicciones, y la Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la que dependerán a su vez dos Subdirecciones Generales, la Subdirección General de Farmacia e Investigación y la Subdirección General de Atención al Ciudadano, Ordenación e Inspección Sanitaria.

Por su parte, el SMS se estructura en la Dirección General de Asistencia Sanitaria, de la que dependen la Subdirección General de Atención Sanitaria y Continuidad Asistencial, la Subdirección General de Programas, Innovación y Cronicidad, la Subdirección General de Humanización de la Asistencia, la Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación y la Subdirección General de Aseguramiento y Prestaciones.

Por su parte, de la Dirección General de Recursos Humanos depende la Subdirección General de Recursos Humanos.

Además existe la Secretaría General Técnica y las Subdirecciones Generales de Tecnologías de la Información y de Asuntos Económicos.

La representante de CERMI, de Entidades de Enfermos Crónicos pone de manifiesto que a su juicio la separación de las 2 Consejerías ha sido un acierto, ya que la Política Social ha sido siempre el hermano pequeño de la sombra de la Sanidad y ahora, con la separación será más vista y tenida en cuenta.

El representante de la Universidad de Murcia solicita información sobre las competencias de las Subdirecciones Generales del Servicio Murciano de Salud.

El representante del Colegio Oficial de Podólogos manifiesta que ya han creado el Consejo General de Colegios de Podólogos y solicitan formalmente trabajar conjuntamente con la Consejería de Sanidad en cuantos Planes y acciones sean necesaria o conveniente su actuación.

La representante del Colegio Oficial de Farmacéuticos solicita conocer en dónde se engloban las competencias de Farmacia.

El Secretario General expone que lo presentado es la división de las competencias de los órganos directivos superiores de ambas instituciones. Las competencias específicas de las subdirecciones y otros órganos internos como servicios se están estudiando y próximamente se especificarán mediante los correspondientes decretos





de estructura, que son más prolijos y detallistas. Las competencias de farmacia se encuentran básicamente en la Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano excepto las específicas del servicio de gestión farmacéutica del SMS.

### **Punto 8.- Plan de actuación para la disminución de la espera quirúrgica y de la espera en consultas y pruebas complementarias.**

La Sra. Consejera cede la palabra a la Directora General de Asistencia Sanitaria que expone que se ha estado trabajando, de manera prioritaria, en la elaboración de las líneas estratégicas a seguir para el mejor abordaje del problema de la lista de espera quirúrgica. En los meses de agosto y septiembre de 2015, se llevó a cabo un análisis detallado de la situación existente en lista de espera quirúrgica, y se evidenció la necesidad de establecer, como objetivo prioritario, la elaboración de un plan de gestión de la lista de espera quirúrgica, con puesta en marcha en el último trimestre del año 2015. Es por ello que este plan ha incluido dos partes:

- Plan de reducción de lista de espera con vistas a mejorar el tiempo medio de espera a 31 de diciembre de 2015.
- Plan integral de la gestión de lista de espera quirúrgica.

En relación con el Plan de reducción de lista de espera a 31 de diciembre de 2015, su puesta en marcha se llevó a cabo, fundamentalmente mediante las directrices a seguir de forma coordinada desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Por su parte el Plan integral de la gestión de lista de espera quirúrgica entró en vigor en enero de 2016 en base a las directrices generales comunicadas en las áreas.

Las LINEAS ESTRATÉGICAS en las que se basa dicho plan son las siguientes:

- Organización de la actividad quirúrgica en función de criterios objetivos de la prioridad clínica y antigüedad en lista de espera.
- Optimización de los recursos del área quirúrgica en jornada ordinaria.
- Definición de indicadores de seguimiento de los objetivos del ámbito quirúrgico.
- Implantación de un sistema de información integral y normalizada de lista de espera específico para todos los centros.
- Actualización del documento de normalización de la gestión de las listas de espera quirúrgica, pruebas diagnósticas y consultas en el SMS.
- Seguimiento del adecuado funcionamiento de la comisión quirúrgica técnica multidisciplinar que debe existir en cada área de salud.

Es de señalar que en el acuerdo de gestión 2016 se han incorporado objetivos específicos relacionados con los indicadores de actividad quirúrgica, tales como rendimiento quirúrgico, índice de suspensiones, número de pacientes en espera en prioridad 1 por encima de los 30 días, número de pacientes en espera por encima de los 365 días.

El Objetivo General es establecer criterios homogéneos para una adecuada gestión de la demanda quirúrgica no urgente en los hospitales del SMS.

Los Objetivos específicos se basan en establecer criterios consensuados que permitan el diseño de un modelo de gestión integral de la LEQ; establecer unos requisitos mínimos de los sistemas de información sobre LEQ y la creación de un grupo





quirúrgico multidisciplinar (Dirección del hospital, servicios quirúrgicos, servicio de admisión, servicio de anestesia, coordinador quirúrgico, supervisor quirúrgico) para el seguimiento de LEQ.

La inclusión en lista de espera se realizará en función de la prioridad para resolver dicho procedimiento, la cual será establecida por el Facultativo atendiendo a criterios clínicos. En base a ello tenemos: prioridad 1, el paciente debe ser intervenido antes de 30 días; prioridad 2, el paciente debe ser intervenido antes de 90 días; prioridad 3, el paciente debe ser intervenido antes 150 días.

En cada área se definirá un grupo de trabajo multidisciplinar, el comité quirúrgico, constituido por la dirección médica, los representantes de los servicios quirúrgicos, servicio de admisión, servicio de anestesia, coordinador quirúrgico, y supervisor quirúrgico.

La selección de pacientes para cirugía se realizará en función a la Prioridad clínica, establecida por el médico especialista y a la antigüedad en lista de espera: a igual prioridad clínica se intervendrá antes al paciente con mayor permanencia en LEQ.

En este sentido se establece como prioritario intervenir los pacientes designados como prioridad 1 en la LEQ, de tal forma que deben intervenir antes de 30 días.

Posteriormente se priorizarán los pacientes cuya demora es mayor de 365 días, si existen, tanto espera estructural como no estructural, de tal forma que no debe existir ningún paciente esperando más de 365 días, objetivo incluido en el contrato de gestión.

Después se realizará un análisis de los pacientes según tramos de demora, realizando una selección de los pacientes del tramo de demora de 181 a 365 días, para abordar su inclusión y programación en los partes quirúrgicos, una vez que no existen pacientes con demora mayor a 365 días. Se priorizarán en la programación las prioridades 2 incluidas en este tramo, tanto espera estructural como no estructural y después la prioridad 3.

A continuación se abordará el tramo de pacientes incluidos entre 151 y 180 días, siguiendo la misma pauta anterior.

El objetivo del decreto de garantía, incluido también en el contrato de gestión es que no exista ningún paciente en espera estructural más de 150 días.

Cuando los recursos quirúrgicos en jornada ordinaria no sean suficientes para atender a la demanda, se podrá optar a la autoconcertación, pero para su implementación se han determinado diversos factores entre los que destacan que el rendimiento quirúrgico bruto debe ser mayor del 75% en la especialidad, el índice de suspensiones debe ser menor del 5% y no debe existir ningún paciente de más de 365 días pendiente de cirugía en la especialidad a realizar, ni ningún paciente en espera estructural con prioridad 1 más de 30 días

Cuando, con los recursos disponibles en jornada ordinaria y extraordinaria, la demanda por servicios y patologías exceda la posibilidad de respuesta por parte del hospital al cumplimiento de los objetivos institucionales establecidos en el decreto de garantía, se podrá plantear la posibilidad de derivación a centros concertados. Esta derivación solo se podrá realizar cuando, con los recursos ordinarios, el hospital no pueda garantizar el cumplimiento del objetivo del decreto de garantía de permanencia





de los pacientes en LEQ (la espera estructural de los pacientes en LEQ no debe ser mayor de 150 días)

El representante de la Unión Murciana de Hospitales manifiesta su enhorabuena a la Consejería por la reducción de listas de espera, que aunque puedan parecer pequeñas son muy difíciles de conseguir y eso sólo lo saben los gestores de centros sanitarios.

El representante de CEMS manifiesta una pequeña decepción en tanto que es el único punto del Orden del día que no ha sido acompañado de la remisión de información previa por lo que no puede conocer de antemano los datos expuestos y la razón de algunas tomas de decisiones tomadas.

La Directora General de Asistencia Sanitaria expone que no se ha enviado ninguna documentación porque está disponible para todo el que lo quiera en Murciasalud tanto la correspondiente a diciembre de 2015 como la de marzo. No existe problema alguno en darla si así se quiera porque ya está disponible al igual que la metodología que está disponible en todas las áreas de salud.

La Sra. Consejera informa que a nivel nacional y tradicionalmente sólo se han publicado 2 cortes al año y que ahora se publican en Murcia 4 cortes al año dando la información en el mes siguiente al de la fecha de corte lo que constituye una mejora tanto cuantitativa como cualitativamente.

El representante de la Plataforma del Voluntariado señala que la mejora de la llegada a la Consejería del nuevo equipo directivo se ha notado pero que aún queda bastante por hacer y presta su colaboración para ello ya que las asociaciones pueden hacer mucho y no está apoyándose a dichas asociaciones, no figurando en los hospitales el teléfono de información al usuario de la sanidad, por ejemplo.

El representante de las AAVV de Cartagena señala que como propuesta de mejora de las listas de espera debería hacerse una ley de incompatibilidades más estricta de forma que el profesional de la sanidad pública sólo pueda ejercer en ésta lo que mejoraría sustancialmente también evitando las externalizaciones.

El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud manifiesta que la mejora de las listas de espera es una prioridad y que la ley de incompatibilidades se aplica y reconociendo que ha habido algunas problemas puntuales de interpretación de las distintas normas de incompatibilidades, dichos problemas han sido muy puntuales y reitera que en el Servicio Murciano de Salud la legislación sobre incompatibilidades se cumple, como cualquier otra legislación.

## **Punto 9.- Estrategia para garantizar la completa cobertura sanitaria en la Región de Murcia. Instrucciones del Gerente del SMS.**

La Directora General de Asistencia Sanitaria expone que el 17 de noviembre de 2015, se publicó la Instrucción 6/2015, del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, por la que se creó un programa de protección social para la prevención, promoción y atención a la salud de la población extranjera en situación administrativa irregular, residente en la Región de Murcia y con recursos insuficientes.

El Servicio Murciano de Salud considera que el derecho a la salud y a la integridad física de las personas, así como la conveniencia de evitar riesgos para el conjunto de





la sociedad, deben primar sobre cualquier otra consideración. La ausencia de actuaciones sociales de carácter sanitario puede derivar en un riesgo potencial para la salud pública si el colectivo de inmigrantes irregulares no acude a los servicios de asistencia sanitaria y a un previsible colapso de los servicios que prestan atención de urgencias.

El contenido y extensión de este programa para las personas referidas en la instrucción es el correspondiente a la cartera común del Sistema Nacional de Salud, tanto las correspondientes a la cartera común básica de servicios como a la cartera suplementaria y será prestada únicamente en el ámbito de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia mediante los recursos asistenciales dependientes del Servicio Murciano de Salud y no podrá hacerse extensivo al resto del Estado Español, salvo cuando para la adecuada atención sea precisa la derivación y tampoco podrá extenderse , en ningún caso, fuera del territorio del Estado Español.

El representante de la Universidad de Murcia solicita información sobre si se cubre la asistencia urgente y si se realiza tratamiento y seguimiento y evolución del paciente.

El representante de las Asociaciones de Voluntariado solicita información sobre si se está preparando algún taller para trasladar la información a la población de riesgo y que en su caso solicita colaborar.

La Sra. Consejera expone la asistencia que se presta de la misma que a cualquier otro usuario y que lo que ha primado con estas instrucciones es dar en primer lugar la asistencia sanitaria que se precisaba y en segundo lugar y después de haberla dado, arreglar la situación administrativa del usuario, ya que la asistencia está siempre por encima de todo y que ya en diciembre se comunicó a las asociaciones y hubo reunión con ellas para hacerles llegar la información acudiendo 20 de las relacionadas con los usuarios afectados.

La Sra. Consejera solicita alterar el orden del día y pasar a ver el punto 11 y después el 10 para que la Sra. Directora General de Asistencia Sanitaria continúe con su exposición y dado que no existe opinión en contra pasa a exponerse el punto 11.

### **Punto 11.- Plan de Mejora para la Contratación de la Actividad Concertada en el Servicio Murciano de Salud.**

La Directora General de Asistencia Sanitaria expone que mediante acuerdo del Consejo de Administración del SMS, de fecha 13 de febrero de 2016, se aprobó el Plan de Mejora para la gestión eficiente de la contratación administrativa y del aprovisionamiento de productos sanitarios y farmacéuticos, destacando entre sus objetivos la consolidación de los ahorros significativos de costes en los contratos del SMS, teniendo muy presente el contexto actual y futuro de estabilidad presupuestaria, sostenibilidad financiera y austeridad den el gasto público, la mejora de la eficiencia y la eficacia de la contratación en el SMS a través de la utilización de procedimientos de gestión de la contratación más uniformes, incrementar la transparencia y la publicidad de los contratos realizados por el SMS y aumentar la calidad de los servicios contratados por el SMS.

Este plan será elaborado anualmente por la Subdirección General de Aseguramiento y Prestaciones, e incluirá todos aquellos contratos para la prestación de asistencia sanitaria con medios ajenos a celebrar o prorrogar en el ejercicio correspondiente cuya necesidad haya sido justificada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria.





No obstante, y a pesar de este esfuerzo y trabajo que ya está dando sus frutos, la reciente Ley 1/2016, de 5 de febrero, de Presupuestos Generales de la Región de Murcia para el año 2016, vino a fijar en 8.000 euros el límite para la consideración de contratos menores de suministros, muy alejado, a estos efectos, del límite de 18.000 euros que establece directamente la propia Ley de Contratos del Sector Público para todo el conjunto de Administraciones Públicas y resto de poderes adjudicadores.

Se ha realizado la priorización combinando cinco criterios puntuados en función de la valoración de la situación de la actividad sanitaria de que se trate, con lo que el orden de priorización en la contratación concertada será el siguiente: Terapias respiratorias domiciliarias, diálisis Área V, VI y IX, reproducción humana asistida, radioterapia, diagnóstico por imagen, procedimientos quirúrgicos, rehabilitación daño cerebral, habilidades Área VIII y IX, citologías vaginales AP, diagnóstico sin imagen, hospitalización, IVE, PADI

La representante de CERMI hace notar que hasta ahora la colaboración con las asociaciones ha sido fundamentalmente por medio de subvenciones y la necesidad de ser renovadas cada año y en algunos casos problemas a la hora de la completa justificación, por lo que plantea la posibilidad de que se estudie y que se realice a través del concierto social.

El Secretario General expone que el instrumento de Concierto social que se está desarrollando en la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades sólo puede realizarse en el ámbito sanitario en determinadas actividades como por ejemplo en daño cerebral, pero no en todas, que deberán seguir mediante subvenciones.

El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud añade que las asociaciones que prestan servicios sanitarios complementan la asistencia pública pero en virtud de los principios de transparencia y libre concurrencia tanto el Tribunal de Cuentas como la Intervención de la Comunidad Autónoma exige concurrencia, lo que cada vez limita más la utilización de las subvenciones nominativas.

El representante del Colegio Oficial de Podólogos señala que en centros de la tercera edad se está dando por los ayuntamientos asistencia podológica por lo que debe estudiarse que la misma se integre en la asistencia general en la sanidad pública.

El representante de las Asociaciones del Voluntariado pregunta por la posibilidad de colaborar, añadir o modificar el Plan presentado.

El representante del Colegio Oficial de Fisioterapeutas señala que el problema ocurrido en Cieza donde una clínica de fisioterapia concertada ha dejado de prestar servicios ha de solucionarse rápidamente o puede ser un problema que se extienda a otras áreas.

La Directora General de Asistencia Sanitaria informa que la asistencia de fisioterapeuta se va a seguir prestando en Cieza donde la prestación ha sido abandonada por un centro que estaba concertado y que la Subdirección General de Aseguramiento está trabajando ya en ello y la asistencia está asegurada. Y que el plan está ya aprobado en el Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud, pero que como todo plan es adaptativo a las circunstancias cambiantes del día a día.

La representante de FAMDIF solicita que para futuras reuniones se pongan de acuerdo con las citaciones de otras consejerías para que coincidan en el tiempo. Y





que agradece las facilidades dadas para la presentación de justificaciones de la subvención que en definitiva es una mejora para las personas con discapacidad.

### **Punto 10.- Plan de Mejora para la Gestión eficiente de la Contratación Administrativa y del Aprovisionamiento de Productos sanitarios y farmacéuticos.**

Por la Sra. Consejera, una vez terminado el punto 11 retoma el punto 10 y cede la palabra al Secretario General Técnico del Servicio Murciano de Salud quien expone que una de las recomendaciones efectuadas, tanto por el Tribunal de Cuentas, como por la Intervención General, es la implantación de un proceso de centralización de los procedimientos de contratación del SMS, especialmente en las compras de productos sanitarios y farmacéuticos, por su volumen económico.

En 2009 el SMS ya inició un proceso de mejora integral y modernización del proceso de contratación, con el fin de reducir el volumen de contratos menores y homogeneizar los productos adquiridos. Para ello se han implantado, entre otras, las siguientes medidas:

- Contratación de una plataforma logística.
- Unificación de catálogo de productos sanitarios
- Contratación electrónica
- Adhesión a todos los acuerdos marco tramitados por la Central de Compras del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

No obstante, la ingente labor a realizar y la complejidad propia de la materia, determina que la culminación del proyecto abarque varios ejercicios, por lo que procede introducir nuevos instrumentos que contribuyan a la consecución del objetivo de compra eficiente.

Por ello, el pasado 13 de abril el Consejo de Administración aprobó el Plan de Actuaciones de Control Interno para 2015 en el que se establece la elaboración de planes de mejora en las áreas de gestión de aprovisionamiento y contratación administrativa.

Este proceso para la racionalización de la contratación administrativa y del aprovisionamiento de productos sanitarios y farmacéuticos se asienta sobre cuatro líneas de actuaciones:

- A. Implementación de una metodología de gestión basada en la planificación y el control.
- B. Reforzamiento de los mecanismos de centralización de las compras.
- C. Aprobación de una nueva estructura que se adecue al proceso de la centralización implantado.
- D. Consolidación de los catálogos actualizados de productos farmacéuticos y material sanitario y mejora de los criterios de uso.

No habiendo más intervenciones por la Sra. Consejera se pasa al siguiente punto del Orden del día.





## **Punto 12.- Organización de Servicios de los Hospitales de Santa Lucía y Santa María del Rosell de Cartagena.**

El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud señala que aunque el plan funcional del Rosell ha sido ya presentado públicamente a la sociedad se presenta asimismo ante el Consejo de Salud para su aprobación como trámite necesario de la Ley 3/2016 concretamente en su disposición adicional.

Dicho Plan funcional que ya fue presentado a diversos medios el 30 de noviembre de 2015 da respuesta a las necesidades del Área II en los próximos años.

Los criterios mantenidos para el desarrollo del Plan pasan por potenciar capacidad quirúrgica del Área (evitar externalización), contemplar la existencia de camas de hospitalización, implantar unidades alternativas a hospitalización convencional y valorar la creación de nuevas Unidades.

El Plan supone disponer de un total de 55 camas de hospitalización, de ellas 30 camas de hospitalización quirúrgicas, 22 camas de hospitalización de servicios médicos y de 3 camas de cuidados semicríticos y post-quirúrgicos, así como disponer de nuevas Unidades, como son la UCE, la UHD. Habitaciones individuales de cuidados paliativos y una completa Área quirúrgica complementaria a la del Hospital Universitario Santa Lucía. Por último señala que la puesta en marcha de dicho plan funcional conllevará una inversión de 5 millones y medio de euros en 2016 y 7 millones 400.000 euros en 2017 y siguientes.

La Sra. Consejera cede la palabra a los miembros del Consejo de Salud.

El representante del Ayuntamiento de Cartagena y de la Federación de Municipios pregunta sobre el destino de los locales situados en el antiguo Centro de Salud Virgen de la Caridad, más conocido como “El Parchís”.

El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud señala que ahora está libre, que se están analizando los posibles usos y que cualquier sugerencia será bienvenida.

El representante de las Asociaciones de Vecinos de Cartagena señala que debe cumplirse la voluntad de todos los murcianos manifestada por la ley de la Asamblea Regional de 21 de marzo de 2016 del Rosell, que marca la pauta de cómo va a ser el futuro del Rosell y solicita la puesta en marcha de la Comisión de Seguimiento mencionada en dicha ley, donde estarán representados la Plataforma Salvemos el Rosell, los Ayuntamientos del Área, de forma que el Rosell sea un hospital autónomo del Santa Lucía y que aunque la Consejera ha manifestado lo contrario, la Ley sí dice cuando ha de abrirse y que puede darle el Boletín Oficial donde figura la Ley del Rosell a la Consejería. Asimismo manifiesta echar de menos que en el Consejo de Salud se diga que el Hospital del Rosell va a ser autónomo y que los Consejos de Área nunca se hayan puesto en marcha y que es localmente donde se solucionan los problemas de forma que los problemas de las Áreas se solucionan en las Áreas y los de la Región en los Consejos Regionales. Y que hará todo lo que deba de hacer para que el Rosell sea un Hospital General y que la asistencia sanitaria en Cartagena ha estado siempre en inferioridad respecto a la de Murcia.

La Sra. Consejera manifiesta que sus palabras fueron sacadas de contexto y que lo que dijo y dice es que el Plan Funcional del Rosell se adapta a la primera fase de la Ley, y que la Comisión de Seguimiento debe salir del Consejo de Salud del Área que podrá sustanciarse una vez aprobado por el Consejo de Gobierno el decreto de los





órganos de participación de participación por el que se regula la composición y funcionamiento de los órganos de participación ciudadana del sistema sanitario público de la Región de Murcia especialmente en los Consejos de Salud de Área y de Zona

El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud tras agradecer el servicio a la sanidad pública que el representante de las asociaciones de vecinos de Cartagena ha desarrollado durante toda su vida, manifiesta que nunca se ha dicho que el Rosell no vaya a ser Hospital General, es más, que ha mencionado que el plan funcional se ha presentado en cumplimiento de lo que dice la Ley del Rosell y que los objetivos de la asistencia sanitaria en los municipios del Área de Cartagena es la misma que en el resto de municipios y Áreas de la Región.

El representante de las Asociaciones de Voluntariado desea conocer si la decisión de que el Rosell sea un Hospital General es por imposición legal o porque el nuevo equipo de la Consejería cree que es lo mejor.

El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud indica que evidentemente hay una Ley que lo exige y que como administración pública se ha de cumplir la legislación, pero que el Plan Funcional presentado no se separa de los 11 puntos que dice la Ley y que hay unos plazos que hay que cumplir, pero asimismo es conocido que las necesidades sanitarias son cambiantes ya que está influida por muchos condicionantes, aumento de población, aumento de esperanza de vida, y la asistencia sanitaria ha de adaptarse a esos cambios, por lo que en un futuro habrá que realizar posiblemente alguna adaptación, como en todas las Áreas de salud, a las nuevas circunstancias.

A continuación se produce un pequeño debate en el que el representante de las Asociaciones de Voluntariado y el representante de UCE por un lado manifiestan que la ley de incompatibilidades no se aplica bien y la falta de ética de algunos de los profesionales con lo que mejoraría las listas de espera y no serían necesarias tantas concertaciones y la representante del Colegio de Médicos y la Consejera de Sanidad por otro, que defienden la honorabilidad general de los profesionales al servicio de la sanidad pública en la Región instando a quien conozca un caso de falta de ética o incompatibilidad lo denuncie.

No habiendo más intervenciones en este punto del Orden del día y no existiendo oposición manifiesta al mismo, los miembros del Consejo, adoptan el siguiente **ACUERDO:**

**“Aprobar el Plan funcional de restructuración de los Organización de Servicios de los hospitales de Santa Lucía y Santa María del Rosell de Cartagena.”**

**Punto 13.-.- Informe sobre el proyecto de Orden de 2016 de la Consejería de Sanidad por la que se regula la composición, organización y funcionamiento de la Comisión Regional de Farmacia y Terapéutica.**

La Sra. Consejera cede la palabra a la Sra. Directora General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano quien expone que el Proyecto de Orden tiene por objeto esencial el desarrollo y regulación de la nueva composición, organización y funcionamiento de la Comisión Regional de Farmacia y Terapéutica para reforzar el papel de esta Comisión Regional en la fijación de directrices, criterios, condiciones e indicaciones específicos en materia de medicamentos. La nueva Orden trae causa de la Orden de 26 de julio de 2012 pero la experiencia adquirida durante





estos años de funcionamiento hace necesaria proceder a una reforma de la regulación de esta Comisión Regional de Farmacia y Terapéutica, contenida en la mencionada Orden de 26 de julio de 2012. En concreto este proyecto se centra específicamente en la regulación de las funciones, composición y régimen de funcionamiento de la Comisión Regional de Farmacia y Terapéutica, derogando en consecuencia todos los artículos de la referida Orden de julio de 2012 que regulaban esta Comisión Regional, mientras que permanecerán vigentes todos aquellos otros que regulan el Comité Regional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, en tanto no se aborde a su vez una nueva regulación de este Comité. Por otro lado, las principales novedades que la presente Orden pretende introducir respecto de la regulación precedente, serán el reforzamiento de los criterios y procedimientos comunes de evaluación de medicamentos principalmente en cuanto a calidad, seguridad y eficiencia, para su inclusión en las guías farmacoterapéuticas de las instituciones sanitarias públicas, con objeto de una correcta utilización de medicamentos y establecer una política común de medicamentos y el establecimiento de los criterios y mecanismos de coordinación entre las diferentes Comisiones de Farmacia o de Uso Racional del Medicamento de Área de los centros sanitarios y las directrices y decisiones de ámbito regional adoptadas por esta Comisión Regional de Farmacia y Terapéutica (CRFT).

La Sra. Consejera cede la palabra a los miembros del Consejo.

El representante del Colegio Oficial de Podólogos expone que como en la orden se habla de Prescripción y los podólogos son unos profesionales sanitarios que pueden prescribir, manifiestan su disposición a colaborar en todo cuanto sea preciso.

La representante del Colegio Oficial de Farmacéuticos tras manifestar su conformidad con la actualización de la Orden y ofrecer los servicios del Centro de Información del Medicamento del Colegio a quien lo necesita, señala que en la composición de la Comisión Regional de Farmacia figuran cuatro licenciados en farmacia, tres de ellos especialistas en farmacia hospitalaria y cree conveniente que sean sólo 2 de ellos los especialistas en farmacia hospitalaria.

La Directora General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano, señala que por las competencias de la Comisión Regional de Farmacia y Terapéutica, con los que más se trabaja son con los farmacéuticos especialistas en farmacia hospitalaria, pero que se valorará si es conveniente que el farmacéutico no especialista tenga más presencia en la misma.

La Consejera de Sanidad manifiesta que si nadie está en contra se dé por informado favorablemente por lo que los miembros del Consejo, adoptan el siguiente **ACUERDO**:

***“Informar favorablemente el proyecto de Orden de la Consejería de Sanidad por la que se regula la composición, organización y funcionamiento de la Comisión Regional de Farmacia y terapéutica”.***

#### **Punto 14.- Ruegos y Preguntas.**

#### **PUNTO OCTAVO.- RUEGOS Y PREGUNTAS.**

El representante de la Universidad de Murcia solicita, al igual que en la anterior reunión del Consejo, conocer los parámetros para determinar el coste de la hora de docencia en los hospitales públicos, a lo que el Sr. Secretario General de la Consejería señala que el amplio debate de la anterior reunión del Consejo culminó con la petición





de aportaciones por parte de los miembros, y se manifestó que no se tuvo en cuenta el coste de los Recursos Humanos. A ello el representante de la Universidad de Murcia manifiesta que no puede realizar aportaciones sin saber previamente los parámetros.

Juan Pedro Baños solicita saber el procedimiento que se usará en la elaboración del Pacto por la sanidad, ya que la red de ciudadanos por la salud ha solicitado su inclusión y no ha tenido más noticias. Asimismo manifiesta que es necesario el servicio de podología en los Centros de mayores y que hay entidades interesadas en prestarlo, pero que no han recibido respuesta de Sanidad a una posibilidad de convenio sobre el tema. El Sr. Secretario General de la Consejería manifiesta que todo el que quiera puede participar en el Pacto por la sanidad, bien a través de la web de transparencia, bien a través de los partidos políticos, el pacto está abierto a todos, individualmente y colectivamente. En cuanto a los Servicios de podología estos son servicios sanitarios y como tales, la Consejería de Sanidad velará por la legalidad de que los servicios sanitarios se realicen en un Centro Servicio o Establecimiento Sanitario debidamente legal e inscrito en el RES y si se cumple con la legalidad no hay inconveniente a que en los realicen en el Centro siempre que esté debidamente autorizado.

El representante de UCE Pedro Valera manifiesta su ruego de que se realice un seguimiento de lo tratado en el Consejo anterior; y manifiesta que la Asamblea de UCE lo ha mandado para manifestar su crítica por el proceso de aprobación del decreto de participación en las Áreas de Salud, que ya previsto en la Ley del 94 pasó en 2010 por el Consejo de Salud y aún no se sabe nada.

La Sra. Consejera manifiesta que lo dicho en el consejo puede seguirse fácilmente en las Actas, que son públicas y que se puede acceder a ellas.

El representante del Ayuntamiento de Cartagena solicita información sobre la situación de los estudiantes de la UCAM. El Sr. Secretario General señala que existe un convenio vigente con la UMU con arreglo al decreto del año pasado en cuanto a las prácticas con la UCAM aún no se ha firmado el convenio que las regularía y lo que se pretende es que se vincule con el Santa Lucía y el Rafael Méndez y el resto de hospitales se utilizarían conjuntamente con preferencia de la universidad pública, así un estudiante de Cartagena que esté estudiando en la UMU podría realizar prácticas en el hospital de Santa Lucía si así lo solicita la UMU.

El representante del Colegio Oficial de Podólogos manifiesta que se ha denunciado al IMAS el tipo de licitación que se está haciendo y en el Ayuntamiento de Murcia se ha planteado incluso la posibilidad de que incurra en competencia desleal y que para evitar estos casos ha de establecerse gratuitamente atención podológica a los usuarios de Centros Sociales. El Sr. Secretario General de la Consejería le responde que la Consejería de Sanidad sólo es responsable del aspecto sanitario, de que el Servicio sea legal, realizado por alguien que puede hacerlo en un local y con unos medios adecuados, en definitiva, que esté inscrito en el RES, los demás aspectos señalados son aspectos económicos de los Centros de Servicios Sociales y corresponden competencialmente a Servicios Sociales.

La representante del CERMI, Pilar Morales señala que tienen centros especializados y dificultades para llevarlo a los Centros de Salud o Especialistas por lo que solicitan la posibilidad de intercambiar recursos, que hasta hace poco se realizaban sesiones en el ámbito de la salud mental, no orientada a los servicios, sino a las personas y que a su asociación le gustaría que siguiera, a lo que la Sra. Consejera manifiesta que toma nota de la aportación, y que es objetivo prioritario el trabajo en el campo sociosanitario.





El representante de UCE, Pedro Valera solicita que en el portal sanitario aparezca el teléfono de la sanidad, los documentos del Consejo de Salud, que en las exposiciones puedan usarse los power point.

El representante del Área de Salud II, Francisco José Calderón Sánchez señala que las reuniones que ha mantenido con las asociaciones de enfermos han sido positivas, especialmente las actuaciones de fisioterapeutas y podólogos, pero que cuando son personas con espasmos musculares o con dificultad de control de movimientos, solicita que la consulta se realicen a primera hora a fin de que los niños que puedan estar esperando no se asusten. La Sra. Consejera agradece su aportación.

El representante de la Universidad de Murcia solicita tener acceso a diversos servicios de Murciasalud, en concreto a la parte de “Profesionales” a lo que la Sra. Consejera responde que toda la información está disponible en el portal, sólo que hay que saber buscarla pero que en todo caso se está trabajando en actualizar la web y,

Sin más que tratar, y tras dar las gracias a los presentes por su asistencia y aportaciones, por la Sra. Consejera se levanta la sesión a las 20:25 horas. Y para que así conste, habiéndose tratado todos los puntos en el Orden del Día, se levanta Acta de lo acordado que, como Secretario firmo, con el visto bueno de la Sra. Presidente, en el lugar y fecha arriba indicado.

Vº. Bº. LA PRESIDENTE DEL CONSEJO  
DE SALUD

Fdo.: Encarnación Guillén Navarro.

EL SECRETARIO DEL  
CONSEJO DE SALUD

Fdo.: Miguel Martín López.

**DILIGENCIA, por la que se hace constar, que la presente Acta de la reunión del Consejo de Salud de la Región de Murcia celebrada en fecha 30 de mayo de 2016, fue aprobada en la siguiente reunión de dicho Consejo, celebrada en fecha 25 de octubre de 2017, siendo nuevo Consejero de Salud, y Presidente del Consejo de Salud, D. Manuel Villegas García.**

Vº. Bº. EL PRESIDENTE DEL CONSEJO  
DE SALUD

(firmado y fechado al margen)

Fdo.: Manuel Villegas García.

EL SECRETARIO DEL  
CONSEJO DE SALUD

(firmado y fechado al margen)

Fdo.: Miguel Martín López.

