

## MURCIA: EL HOSPITAL FUNDACIÓN CIEZA QUEDARÁ INTEGRADO EN 2008 COMO UN HOSPITAL GENERAL DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

La Consejería de Sanidad ha anunciado que, en los próximos meses, la Fundación Hospital de Cieza se reconvertirá en un hospital de la red asistencial del Servicio Murciano de Salud. La integración va a suponer una vinculación plena con el Servicio Murciano de Salud, porque el hospital se convertiría en una gerencia más de Atención Especializada dentro de los órganos periféricos de gestión y, por tanto, con plena dependencia funcional de los órganos centrales de dirección del Servicio Murciano de Salud. La integración conllevará también una equiparación en el ámbito de la planificación sanitaria, que permitirá aplicar en esta área de salud criterios similares de planificación al resto de las áreas sanitarias de la Región de Murcia.

El hospital de Cieza cuenta con 86 camas de hospitalización y atiende a la población de las zonas de salud de Cieza, Blanca y Abarán.

En el ámbito laboral, los 440 trabajadores en plantilla de la Fundación pasarán a depender del Servicio Murciano de Salud. El presupuesto de la Consejería contempla una partida para 2008 en este sentido y el patronato de la Fundación ha sido ya disuelto.

Con esta noticia termina la única «aventura» de modelo diferente de gestión de hospital público en la Región de Murcia, que ha durado justo diez años –exactamente se inició el 4 de febrero de 1997– y que se ha agotado por sí misma.

Puede resultar paradójico que en una comunidad autónoma gobernada con mayoría absoluta por el Partido Popular se tome esta iniciativa que contradice de forma clara el discurso de «bondad» de este tipo de fundaciones en otras comunidades como Valencia o Madrid. La explicación hay que buscarla en que la gestión como fundación en Murcia no ha supuesto ventajas económicas y que se han generado discriminaciones en los trabajadores en relación al resto de hospitales públicos. La presión de los sindicatos locales y la falta de rumbo de la política sanitaria murciana en los últimos

años ha llevado a la desaparición de patronato y fundación, y constituye, sin duda, una muy buena noticia para la atención sanitaria pública de la Región de Murcia. •

## PAÍS VASCO: OSAKIDETZA SUSPENDE UNA REVISTA POR CUESTIONAR SU POLÍTICA DE VACUNACIÓN

La publicación, que discute la eficacia de la campaña contra el cáncer de útero, se trata de la revista *Barnek*, que iba a cumplir 20 años en octubre de 2009, pero todo apunta a que se quedará sin hacerlo. Osakidetza, que la financia de forma íntegra, ha declarado su «paro técnico». A los responsables del Servicio Vasco de Salud no les ha gustado uno de los artículos recogidos en el número de octubre, el último publicado, crítico con su política de vacunación, y han ordenado al consejo de redacción de la revista que no elabore más números. «Se trata de un cierre patronal», dice gráficamente una de las personas concededoras del proceso. (Eduardo Azumendi. Bilbao. 06/02/2008. *El País*). •

## CANTABRIA: RENOVACIÓN DE LA DIRECTIVA DE LA ADSP

Desde el pasado 29 de enero, la ADSP de Cantabria cuenta con nueva junta directiva. Además de hacer un análisis del balance económico de los últimos años, se decidió nombrar a Merche Boix Rovira como presidenta; secretaria será Charo Temprano González y tesorero Joaquín de la Peña.

Los objetivos de esta junta son crecer como asociación y tener más presencia pública. Quieren organizar un acto informativo sobre prescripción en enfermería, para lo que esperan contar con la colaboración de África Mediavilla, que ha participado directamente en la comisión interterritorial que ha negociado el protocolo. •

## ATENCIÓN PRIMARIA: EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS. INFORME DE LA FADSP (CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES)

### Conclusiones

1. La información existente sobre el funcionamiento de la AP en el SNS es muy escasa y varía notablemente de unas CCAA a otras.

2. Existen diferencias muy importantes en el nivel de desarrollo, en la racionalidad y eficiencia y en la calidad de los servicios de AP entre CCAA, a destacar:

#### En recursos humanos

■ Habitantes por médico de AP de hasta 899.

- Habitantes por pediatra de hasta 492.
- Habitantes por profesional de enfermería de hasta 813.
- % de médicos generales con más 1.500 TSI de hasta el 59,1%.

#### En servicios de apoyo y recursos diagnósticos

- Oferta de servicios de los centros de salud que llega al 55,8%.
- Oferta de medios diagnósticos: hasta el 53,3%.
- Oferta de procedimientos terapéuticos: hasta el 34,1%.

#### En financiación y gasto farmacéutico (racionalidad y eficiencia)

■ Gasto farmacéutico per cápita de hasta 97,54 euros.

- Tasa de aumento medio del gasto farmacéutico (1999-2005) de hasta el 4,59%.
- Incremento del gasto farmacéutico en 2006 de hasta el 3,16%.
- Porcentaje de medicamentos genéricos dispensados (sobre el total de envases) de hasta el 14,36%.

#### En resultados

- Porcentaje de adultos mayores de 65 años con vacunación antigripal de hasta el 29,5%.

#### En la calidad percibida por los ciudadanos

- Porcentaje de ciudadanos que consideran que la atención recibida en AP fue buena o muy buena de hasta el 14,3%.
- Porcentaje de ciudadanos que elegirían el sistema público para la AP de hasta el 34,5%.
- Porcentaje de ciudadanos que opina que la AP mejoró en los últimos 5 años de hasta el 18,2%.

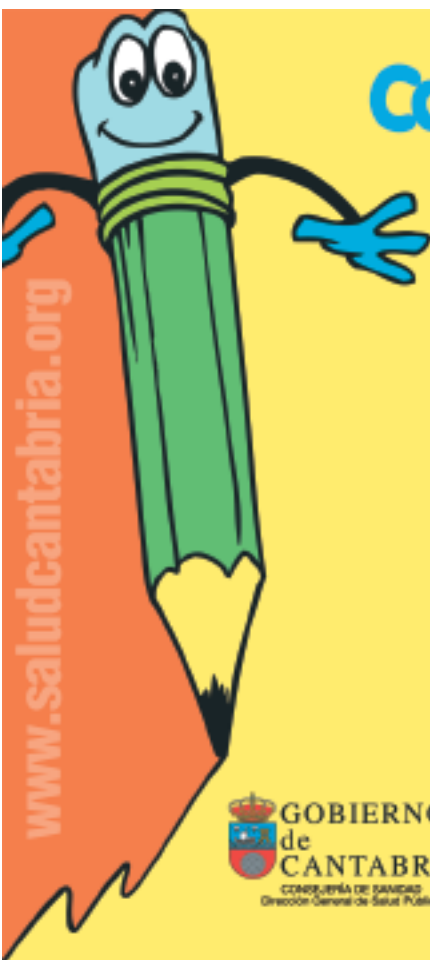
3. Estas diferencias se consideran excesivas y no justificadas por la morbilidad y mortalidad de la población atendida.

4. Las CCAA con gobiernos progresistas tienen mejores indicadores que las que poseen gobiernos conservadores.

Estas diferencias objetivadas suponen una importante desigualdad en el acceso y calidad de las atenciones de la AP entre las distintas CCAA.

## Recomendaciones

1. Establecer fuentes homogéneas y actualizadas de información sobre AP para poder valorar su funcionamiento.
2. Esta información debería incluir datos de la demora en la citación de las consultas de AP, de las derivaciones a Atención Especializada y de las pruebas complementarias.
3. La información debería estar desagregada por género y nivel socioeconómico para analizar potenciales desigualdades no territoriales.
4. Establecer estándares y criterios mínimos sobre dotaciones de recursos (ponderadas por la edad, morbilidad de la población, dispersión, etc.) que sirvan para asegurar una dotación suficiente de la AP a nivel estatal.
5. Fijar criterios mínimos de los recursos de apoyo a la AP, que son muy variables por CCAA, para permitir una atención equitativa y de calidad.
6. La implicación de la comunidad en la AP exige la puesta en marcha de mecanismos efectivos de participación social y profesional que hasta la fecha son prácticamente inexistentes en el SNS.
7. La Estrategia AP21 parece un buen marco para la implementación de los aspectos mencionados y precisan de un esfuerzo coordinado entre las distintas Administraciones públicas y las entidades sociales y profesionales implicadas en la AP. ●



# Calendario de Vacunaciones

Cantabria 2008

AL NACER	HEPATITIS B	
1 MES	HEPATITIS B	
2 MESES	PENTAVALENTE <sup>(1)</sup>	MENINGOCOCO C
4 MESES	PENTAVALENTE	MENINGOCOCO C
6 MESES	HEPATITIS B	PENTAVALENTE
15 MESES	MENINGOCOCO C	TRIPLE VÍRICA <sup>(2)</sup>
18 MESES	PENTAVALENTE	
6 AÑOS	DIFTERIA/TETANOS/ TOSFERINA	TRIPLE VÍRICA
12 AÑOS	HEPATITIS B <sup>(3)</sup>	VARICELA <sup>(4)</sup>
14 AÑOS	TÉTANOS / DIFTERIA (y cada 10 años)	PAPILOMA HUMANO (niños) <sup>(5)</sup>
60 AÑOS	NEUMOCOCO (una vez)	GRIPE (cada año)

(1) PENTAVALENTE = DIFTERIA + TOSFERINA + TETANOS + CELULITIS + POLIOINFECCIÓN PARALÍTICA + HEMFÍLUS

(2) TRIPLE VÍRICA = SARAMPIÓN + RUBIOLA + FENILOFANILINOLACÉTICO. RESUSCITACIÓN CARDIORESPIRATORIA. ETC. (PROTECCIÓN CONTRA LA ENFERMEDAD DEL SARAMPIÓN Y LA RUBIOLA EN LA INFANCIA)

(3) HEPATITIS B = VIRUS HEPATITIS B. SE PUEDE EVITAR CON LA VACUNACIÓN. SE RECOMIENDA A LOS NIÑOS DE 12 AÑOS Y A LOS ADULTOS DE 16 AÑOS Y A LOS CONTACTOS DE LOS PORTADORES DEL VIRUS.

(4) VARICELA = VIRUS VARIČELLA ZOSTER. SE PUEDE EVITAR CON LA VACUNACIÓN. SE RECOMIENDA A LOS NIÑOS DE 12 AÑOS Y A LOS CONTACTOS DE LOS PORTADORES DEL VIRUS.

(5) PAPILOMA HUMANO = VIRUS DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y CÁNCER DE CÉXICA.

