



Recobremos el placer de ser médicos

Boletín Informativo SMC-CESM

<http://www.sindicatomedico.es/>

MEDICOS

que defienden a los

MEDICOS

Unidos podemos



Unidos podemos

TABLON DE ANUNCIOS DEL SMC-CESM



NOTA INTERNA

S/Ref:
R/Ref: AG/1049
Fecha: 24/10/2013
Asunto: OMBUDSMAN (BUP) complementaria
Asunto: DIRECCIÓN GENERAL Atención Primaria
Destinatario: UROLOGÍA, Ginecología Atención Primaria

Se les ha comunicado desde la Agencia Tributaria que van a proceder a retirar "adicionales del IRPF complementarios" a muchos de vosotros.

Van a exigir que se justifique la cantidad exacta de gravamen por visitas domiciliarias en Atención Primaria.

Aquellos que lo necesitan pueden solicitar a la Dirección de Gestión (dgestad@salud.es) la emisión de dicho certificado justificativo, poniendo los datos personales (nombre, apellidos y D.N.I.) y si lo van a recoger personalmente o recibir que se les envíe al domicilio o por correo al Centro de Salud.

Un cordial saludo,

LA DIRECTORA DE GESTIÓN
DE ATENCIÓN PRIMARIA

Fdo: Alicia GÓMEZ PÉREZ

Forma electrónica de pago por internet

Recibo de depósito
Dato de depósito
Código de depósito

¿Qué nos apostamos a que de las diatribas entre Hacienda y el SCS sale una nueva bajada salarial para los “usuarios” de la Gerencia de Atención Primaria del SCS? Nueva “vuelta de tuerca” que tendrá que hacer que los “usuarios” tengan que mirar más por su economía, cuidar más sus vehículos particulares y realizar los desplazamientos durante la jornada laboral en el “coche de san Fernando” (un ratito a pie y otro andando), lo puede favorecer, además, una buena forma física. “La vida sigue igual” (J. Iglesias) o peor, mucho peor (SMC-CESM)

OPINIONES

Colegiación obligatoria

En una visión panorámica, el articulista, que vivió los movimientos del sindicalismo médico en la transición y que, posteriormente, llegó a ser presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), pone de manifiesto que, a pesar de la evolución y la consolidación de aquéllos, sigue existiendo un ámbito totalmente diferente, el de la colegiación, que debe mantenerse al margen.

ALBERTO BERGUER

Si un profesional médico ha de estar colegiado obligatoriamente, es un tema que está en el candilero, desde el siglo XIX y que recomenzó en la nueva etapa democrática, en los años setenta. Los opositores a la existencia de dichas instituciones alegaron que eran preconstitucionales, obsoletas y que estuvieron casi toda su historia supeditados a los deseos del poder político en el franquismo y, como consecuencia de ello, dirigidos por médicos ultraconservadores y no representativos de la realidad profesional. Las posturas más radicales vinieron de la izquierda del momento, lideradas por los grupos políticos de ese signo, que utilizaron para ello a algunos profesionales médicos que compartían su criterio.

En ese momento de la historia, los profesionales en general y los médicos en particular no tenían en general una mentalidad asociativa como no fueran sus organismos científicos y mucho menos un criterio sindical. En principio comenzaron a reunirse en sus centros de trabajo, fundamentalmente en los hospitales, para abordar los problemas y las reivindicaciones del momento. Pronto necesitaron contactar con los médicos de los demás hospitales, para poder intercambiar opiniones, establecer líneas de actuación y elegir a quienes de ellos debían de vehicular sus propuestas. Esos movimientos, asamblearios de principio y que se fueron estructurando posteriormente, comenzaron a reunirse en los colegios de médicos, solicitando reuniones a unas juntas directivas que a veces se oponían a los movimientos de base, a los que no estaban acostumbradas. Las directivas colegiales más reaccionarias se opusieron, sobre todo en los colegios pequeños, aunque pronto las asambleas de los

hospitales los obligaron a consentirlos. Los directivos colegiales de las provincias mayores y con varios hospitales, aunque con las mismas reticencias, tuvieron que aceptar a esos movimientos de base dentro de sus espacios físicos y comenzar a negociar, tanto la formación de una representación paralela, como la incorporación de la misma a la estructura colegial. Así nacieron las históricas Mesas de Hospitales, que supusieron el germen que democratizaría a la larga esas instituciones.

Lo que se dice en pocas palabras, no fue una tarea fácil; fueron años de negociaciones, enfrentamientos ideológicos y políticos de unos y otros y posteriormente de luchas por el poder. Las juntas directivas colegiales fueron asumiendo la realidad del ejercicio profesional y articulando unas representaciones acordes con los problemas de cada uno de los colectivos médicos; nacieron las vocalías de Atención Primaria, Hospitalaria, médicos en formación, ejercicio liberal, jubilados, médicos en paro, etc.

La huelga de hospitales de mil novecientos setenta y siete, que había sido precedida por una de los médicos residentes dentro del franquismo y que les dio los derechos laborales que tienen hoy, fue la segunda huelga de profesionales en España y la primera de médicos de plantilla. Articulado como movimiento asambleario de principio y utilizando las instalaciones del Colegio de Médicos de Madrid, trascendió al Consejo General y fue sin duda lo que dio lugar al comienzo de la transformación de ese organismo. Muchos somos los que hemos luchado en esos frentes durante años, hemos conseguido la democratización de esas estructuras y que las instituciones colegiales adquirieran su solidez organizativa y la seriedad en sus competencias y objetivos. Incluso dentro del ámbito puramente médico no han dejado de existir enfrentamientos, sobre todo en principio, con el sindicalismo médico, deslindando terrenos de actuación que muchas veces se imbricaban y sobre todo porque en su nacimiento el sindicalismo médico fue más representativo de los médicos de Atención Primaria que de los Hospitales, con lo que ello suponía entonces de formas de entender y ejercer la profesión, así como de las reivindicaciones de unos y otros, teniendo en cuenta que los ambulatorios no estaban jerarquizados. Fueron etapas también convulsas, que hubo que ir superando, enfrentándose, negociando, cediendo, buscando puntos de encuentro y acercándonos unos a los otros.

En esa época también el nuevo sindicalismo dejó la clandestinidad y brotó con fuerza en las Centrales Sindicales, y la democracia hizo que los trabajadores, viendo sus ideologías y reivindicaciones, se afiliaran a unos u otros. Se tardó un tiempo hasta que, al margen de las Centrales Sindicales, nacieron nuevos sindicatos más específicos, donde los profesionales se encontraron más representados en sus cometidos y mucho menos ideologizados. Las grandes centrales sindicales, aprovechando el momento político propicio para ello, se apoderaron de las infraestructuras del sindicalismo vertical y ello les facilitó su crecimiento.

El tema de la colegiación no tuvo gran trascendencia en las otras profesiones, sin duda porque la presión hacia el Poder Político, para inducir cambios, quien la ejercía fundamentalmente eran los sindicatos del sector público junto con los del sector privado, que aglutinaban grandes cantidades de trabajadores; entiéndase la metalurgia, el carbón, la construcción, la banca, etc. Pero en el sector público los sanitarios, como asalariados públicos, eran cuantitativamente los más numerosos, pero sindicalmente no suponían competencia, en las llamadas mesas sectoriales, en que se aglutinó la representación. Los colectivos de médicos y enfermería pronto no se vieron representados sindicalmente y fueron articulando sus propias representaciones sindicales, pero paralelamente conservaron sus colegios profesionales, lo que sin duda a nivel sanitario se consideró un inconveniente para los intereses de las Centrales Sindicales.

Los cometidos de la Organización Médica Colegial, como corporación de derecho público y por tanto supeditada en sus Estatutos y su Código Ético y Deontológico, a la sanción de los poderes del Estado,

suponen al tiempo de la representación de la profesión, una garantía para los pacientes y ello ha de obligar a todo el colectivo médico. No se trata de un asociacionismo médico en relación con intereses concretos, como son los sindicales o los científicos como son de las sociedades médicas. Tal es la importancia que se le da a los colegios, que no es infrecuente que candidaturas sindicales profesionales se presenten a las elecciones de los colegios, intentando copar sus juntas directivas; eso no es grave, únicamente habla de la importancia que se le da a esa representación conjuntamente.

Una apuesta por la mejora continua dialogada

Por Alfonso Villa Vigil, presidente del Consejo General de Colegios de Dentistas

La modernización, entendida como una revisión que permite buscar soluciones a aquellos sistemas que se hayan podido quedar obsoletos y adaptarlos a las necesidades reales de la sociedad actual, siempre debe resultar positiva.

Sin embargo, toda modernización implica -en mayor o menor medida- introducir novedades, lo que puede provocar en algunos casos cierto atisbo de incertidumbre. Por eso, **gestionar adecuadamente el cambio siempre resulta clave para que esa supuesta modernización obtenga como resultado la optimización, la eficiencia y, por qué no, la excelencia de aquello que queremos mejorar.** Y buena parte de su éxito radica en una interlocución efectiva y un trabajo conjunto con las partes implicadas que permita incorporar los planteamientos de los afectados, conocer bien el sector, sus necesidades, su problemática y saber cómo trabajan, cómo piensan y cómo sienten sus profesionales.

Y es aquí donde nos encontramos las organizaciones colegiales. **En un apasionante proceso de mejora continua.**

Sin lugar a dudas, el año 2009 supuso un punto de inflexión para las organizaciones colegiales gracias a la **aprobación de la Ley Ómnibus.** Aunque con algunas deficiencias, gracias a ella se modernizó y se dotó de competitividad el sector de servicios profesionales. Se eliminaron trabas burocráticas y se mejoró la transparencia y la gobernanza. Hubo una fuerte apuesta para ayudar a los ciudadanos a realizar los trámites con la Administración pública de forma telemática, que se materializó con la creación de la ventanilla única. Se hizo obligatoria la publicación de memorias anuales para facilitar el acceso a toda la información relevante. Además, nuestro Consejo General de Colegios de Dentistas había ido más allá de lo que exigía la Directiva Europea de Servicios, **creando el Sistema Defensor del Paciente Odontológico,** con el que se atienden y resuelven las quejas e incidencias de nuestros pacientes.

Y todo esto, sin perder de vista la importante e imprescindible función social que desempeñan los consejos generales y colegios oficiales de nuestro país, que no es otra que **velar por el cumplimiento de la buena práctica profesional,** de acuerdo con la legislación vigente y los principios éticos, así como **defender los derechos y la seguridad de los ciudadanos.** Este es nuestro *leitmotiv* y por eso nuestro Consejo General no ha escatimado esfuerzos para adaptarse a esta nueva realidad.

La aprobación en el Consejo de Ministros del **Anteproyecto de Ley de Colegios y Servicios Profesionales** en agosto de 2013 ha sido otro hito con el que se pretende modernizar de nuevo el

sector servicios profesionales. Y si mejorar siempre es bueno... Imagínense mejorar lo que ya ha sido mejorado hace tan solo cuatro años.

Nuestra Organización Colegial celebra esta voluntad constante de regeneración. Sin embargo, **estamos absolutamente en contra de que se haga sin consensuarse con los sectores involucrados**. Además, consideramos que este proyecto de ley pone en grave riesgo los derechos de los ciudadanos ya que pretende *ultraliberalizar* los servicios profesionales, basándose estrictamente en criterios económicos, olvidándose por ejemplo otros aspectos más importantes como los principios éticos y deontológicos.

Defendemos que la colegiación siga siendo obligatoria en el colegio del ámbito territorial donde se ejerza de forma principal con el fin de poder velar eficientemente por la buena práctica profesional.

Asimismo, echamos en falta una **mayor regulación de la publicidad del sector sanitario** con el fin de proteger a los ciudadanos de posibles publicidades engañosas. Y sería también positivo que la futura normativa otorgara a los ciudadanos el derecho a conocer los honorarios mínimos orientativos a través de estudios de mercado realizados por instituciones independientes a la Organización Colegial. Además, esta información es importante en determinados procedimientos judiciales.

En cuanto a las incompatibilidades de los cargos colegiales, **estamos a favor de regular las incompatibilidades pero sólo cuando exista un auténtico conflicto de intereses**. Desde el Consejo General de Dentistas no entendemos qué obstáculo y riesgo comporta la simultaneidad de un directivo de un Colegio y de una mutua aseguradora de previsión social. Tampoco parece razonable exigir un régimen de dedicación exclusiva para tener una compensación económica, siempre que ésta haya sido informada con transparencia y aprobada por el órgano directivo correspondiente. Y defendemos nuestra independencia que como sociedad civil poseemos en la defensa de los derechos de los ciudadanos.

Con todo esto, podemos concluir que apostamos por el cambio. Por la mejora continua. Pero siempre una mejora dialogada.

NOTICIAS C E S M

CESM espera tener a final de mes su documento con los criterios mínimos sobre lo que debe ser la gestión clínica

*Además de la **voluntariedad** y el respeto a los **derechos adquiridos**, la Confederación quiere una **financiación suficiente** e **incentivos** económicos para los médicos **no derivados del ahorro***

El grupo de trabajo que la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) ha formado en materia de gestión clínica, ha dado un "avance importante" en la elaboración del documento en el que quiere determinar su posición sobre "criterios mínimos" en materia de gestión clínica. Tras una reunión a la que, junto al coordinador del grupo de trabajo (y vicesecretario general de la Confederación), **Tomás Toranzo**, han acudido representantes de los sindicatos médicos de Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Madrid y Comunidad Valencia, Toranzo ha matizado que CESM "apoya la gestión clínica, un objetivo desde hace mucho tiempo de la organización, pero no puede apoyar los diferentes modelos de unidades de gestión clínica que se están planteando en diferentes autonomías", ha dicho. Es decir -explica EL MÉDICO INTERACTIVO- CESM apoyará las unidades de gestión clínica que se propongan desde el Ministerio de Sanidad y desde las distintas consejerías autonómicas siempre que estos modelos respeten unos mínimos e implique a los profesionales.

Entre estos mínimos, CESM considera que en primer lugar, debe quedar fuera de dudas la voluntariedad por parte de los profesionales para sumarse a él, y también el mantenimiento tanto de la relación jurídica del personal como del estatus jurídico que éste tenía antes de incorporarse a la unidad. Por otra parte, explica el doctor Toranzo, la unidad de gestión clínica debe tener "una financiación suficiente, diseñada en función de la cartera de servicios que realice". Y en este punto, CESM resalta que los incentivos que perciban los profesionales de la unidad "no pueden ser de otro tipo que incentivos económicos, marcados en el presupuesto inicial de la unidad y no derivados del posible ahorro habido". (...) Y otro punto importante es el de la elección del director de la UGC. Éste debe ser siempre un médico "que no venga impuesto a dedo desde las respectivas gerencias", sino que cuente con el reconocimiento de sus compañeros; los profesionales deben participar por tanto en la elección del director de la unidad así como en la propia gestión de ésta, que debe llevar un equipo de forma participativa; y el médico debe asumir la responsabilidad de tomar decisiones", resume.

El liderazgo médico

Destaca REDACCIÓN MÉDICA que entre las claves del citado documento se encuentra también la necesidad de contar con sistemas de información "ágiles" y una condición sine qua non: solo un médico puede liderar las Unidades de Gestión Clínica (UGC). En el plano laboral, también señala como imprescindible que se blinden las plantillas ante los recortes, que no se juegue con la estabilidad del profesional y al tiempo que se promueva la movilidad.

Fuentes: EL MÉDICO INTERACTIVO, 08-11-2013; REDACCIÓN MÉDICA, 07-11-2013

<http://www.elmedicointeractivo.com/noticias/nacional/122892/CESM-espera-tener-a-final-de-mes-su-documento-con-los-criterios-minimos-sobre-lo-que-debe-ser-la-gestion-clinica>

<http://www.redaccionmedica.com/noticia/CESM-exige-que-la-productividad-variable-no-baje-de-10000-euros-anuales-4042>

NOTICIAS GENERALES



Utilización de medicamentos hipolipemiantes en España

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) ha difundido un informe sobre el uso de medicamentos hipolipemiantes en España durante el período de 2000 a 2012, en que se registró un incremento del 442 por ciento.

http://www.actasanitaria.com/fileset/file_hipolipemiantes_2000_2012_8322931052045260138.pdf

DIARIO MEDICOCOM

La Sociedad de Cardiología asume y critica que haya sobreprescripción de estatinas en prevención primaria

Psiquiatría ve, dada la crisis socioeconómica, que el médico prescriba más ansiolíticos

La Sociedad Española de Cardiología (SEC) asume que existe una clara sobreprescripción de estatinas, directamente vinculada con la prevención primaria. Enrique Galve, presidente de la sección de Riesgo Vascular y Rehabilitación Cardíaca, dijo ayer a DM que hay tendencia a dar estatinas sólo fijándose en el umbral de 200 en la tasa colesterol, y que debería limitarse la prescripción y vincularla a más factores. Además, matizó que la sobreprescripción es exclusiva de la prevención primaria, ya que en la secundaria sucede lo contrario: hay infraprescripción.

DM también habló ayer con Miguel Gutiérrez, presidente de la Sociedad de Psiquiatría, que ante el aumento en uso de ansiolíticos dijo que es normal, dada la situación socioeconómica, y que el médico prescribe de forma correcta.

Los sindicatos pedirán a Sanidad una ley estatal que regule las OPE

- *Plantean que los apartados se reduzcan a 3: experiencia, formación y "otras actividades"*
- *Quieren que la experiencia laboral represente entre el 40 y el 60% de la puntuación final*

MADRID FRANCISCO GOIRI fjgoiri@diariomedico.com

La única manera de homogeneizar los criterios de selección de empleo en el Sistema Nacional de Salud, y hacerlo de forma vinculante para todas las comunidades autónomas, es aprobar una norma básica estatal con rango de ley. Ésta es al menos la opinión que comparten todos los sindicatos que integran el Ámbito de Negociación del Foro Marco de Diálogo Social (CCOO, UGT, CSI-F, CESM y Satse), y que le harán llegar al Ministerio la próxima semana.

Administración y sindicatos coinciden en el objetivo -acabar con la dispersión de criterios en los baremos de los procesos autonómicos de selección laboral-, pero discrepan en la forma: Sanidad se compromete a llevar los acuerdos del Ámbito de Negociación al Consejo Interterritorial, pero evita hablar de normas con rango de ley por miedo a invadir competencias autonómicas; el documento de consenso que estos días ultimán los sindicatos que integran ese ámbito parte, en cambio, de la premisa que ellos consideran básica. "Fiar la aplicación efectiva de los acuerdos al Interterritorial es fiarlo casi al voluntarismo de las autonomías, porque a la dispersión normativa en materia laboral se unen las dificultades vinculadas al color político de cada comunidad", dice Mercedes Ortín, representante de CESM en las reuniones técnicas que las centrales celebran estos días para redactar su propuesta. Según ella, "la única manera de dotar al SNS de un marco estable y de brindar la necesaria seguridad jurídica al opositor que aspira a un empleo público es aprobar una norma de obligado cumplimiento".

SIMPLIFICAR Y REDUCIR

Además de la regulación básica, el documento sindical aboga por simplificar y reducir a 3 los apartados que se puntúen en un baremo: la experiencia laboral de los aspirantes, la formación (de grado, posgrado, continuada, doctorado) y un tercer apartado que, bajo el epígrafe de otras actividades, incluya aspectos como la tutoría, la docencia universitaria, la investigación, la publicación científica, la asistencia a congresos... "La variabilidad de apartados que se puntúan en todos los procesos de selección laboral (OPE, concursos de traslados, empleo temporal) es el primer escollo para lograr un criterio homogéneo", argumenta Antonio Cabrera, secretario general de Sanidad de CCOO.

Los sindicatos del Ámbito de Negociación también plantearán a Sanidad que cada uno de estos 3 grupos tenga una puntuación determinada en el baremo, pero, como adelantó DIARIO MÉDICO, no será una puntuación fija y cerrada, sino una horquilla porcentual (ver DM del 11-X-2013), para permitir que las comunidades tengan un margen de decisión. De momento, han acordado que la experiencia laboral represente entre el 40 y el 60 por ciento de la puntuación final. Definir el peso de las otras 2 categorías es, según Cabrera, más arduo, "porque la variabilidad autonómica del peso que se concede a la formación es enorme, y porque el apartado de otras actividades es muy amplio y hay que baremar bien el peso de cada uno de los puntos".

IMPECABILIDAD JURIDICA

Ortín cree que la horquilla que proponen los sindicatos es la herramienta idónea para equilibrar la necesaria homogeneización de criterios con el margen de flexibilidad que necesitan las autonomías. "La competencia en materia de recursos humanos la tienen los servicios de salud, y es obvio que no se

les puede encorsetar con criterios estrictos e inamovibles: necesitan margen para definir las OPE y adaptarlas a su realidad demográfica y asistencial".

Según la representante de CESM, la propuesta sindical "puede levantar más o menos ampollas, pero es jurídicamente impecable, porque recoge los principios básicos del Estatuto Marco (la forma de provisión general de las vacantes es el concurso oposición) y del EBEP (el acceso al empleo público se rige por principios de igualdad, mérito y capacidad) y, además, pretende atajar la discrecionalidad autonómica, que, en ocasiones, puede amenazar esos principios".

"Implantar el 'checklist' reduciría las demandas"

El abogado Javier Moreno Alemán pide a la Administración un mayor esfuerzo para implantar el sistema que reduciría los errores quirúrgicos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2008 recomendó un listado de verificaciones quirúrgicas para evitar errores fáciles de corregir con comprobaciones rutinarias (ver DM del 20-II-2009). Ese protocolo quirúrgico es conocido como checklist, una herramienta que, además de aumentar la seguridad del paciente, "reduciría las demandas a los sanitarios, porque se cometerían menos errores y, en caso de reclamaciones, el médico contaría con mejores instrumentos de defensa". Así lo planteó Javier Moreno Alemán, presidente del despacho Asjusa-Letramed, en las II jornadas de Responsabilidad Médico Sanitaria y Seguros, que se celebraron ayer en Madrid, organizadas por la sección española de la Asociación Internacional de Derecho de Seguros (Seaisa) en colaboración con Asjusa-Letramed.

El letrado, que defiende a una compañía aseguradora de la Administración en sus demandas sanitarias, afirmó que, a pesar de sus beneficios, el checklist es un sistema que no está implantado. En su opinión, existen diferencias entre comunidades en el esfuerzo de implantar este sistema de control.

CONSENSO PROFESIONAL

El checklist "no se exige por ley, los profesionales no se muestran conformes con rellenar este formulario y falta una cultura real de la seguridad del paciente". Estos fueron algunos de los motivos que dio para explicar por qué no está generalizado el uso de este sistema de seguridad.

Pero, también advirtió que exigirlo por ley, sin que cambiara el resto de las cuestiones, iría en contra de lo que se quiere conseguir pues su incumplimiento podría ser un motivo de condena. En todo caso, Moreno Alemán pidió "un compromiso de la Administración para implantarlo, en consenso con los profesionales".

CONDENAS EVITABLES

Lejos de ser un capricho, el letrado aseguró que el 85 por ciento de las resoluciones judiciales por errores relacionados con el lugar donde se opera o el olvido de material quirúrgico en el cuerpo del paciente terminan en condenas, con su correspondiente indemnización. Estas equivocaciones serían fáciles de corregir si se hiciera el control "antes de la anestesia, antes de la incisión y antes de que el paciente salga del quirófano, que son los momentos de comprobación que recoge el protocolo", apuntó.

Luisa Albelda de la Haza abogada compañera de despacho de Moreno Alemán, señaló que "el actual escenario de crisis está presente en todas las resoluciones judiciales. Se ha rebajado la disponibilidad de medios, algo que los tribunales están teniendo en cuenta".

NOSOCOMIALES

En su intervención abordó las reclamaciones por infecciones nosocomiales, "uno de los acontecimientos adversos más importantes en el ámbito sanitario". Afirmó que en los juicios por estas infecciones hospitalarias, el juez suele invertir la carga de la prueba por la facilidad probatoria que tiene

la Administración, ya que en estos juicios el hospital debe acreditar que ha instaurado las medidas de profilaxis preventivas.

Motivos de fracaso de implantación

"La escasa implantación del checklist en los procesos quirúrgicos se pone de manifiesto en las sentencias, donde las referencias a este protocolo no existen", reconoce el abogado Javier Moreno Alemán. Entre los motivos por los que no se ha popularizado el sistema apunta:

- 1) No hay una norma jurídica que imponga su uso.
- 2) Falta de compromiso claro de las administraciones sanitarias y de los profesionales.
- 3) Falta de una cultura de seguridad del paciente entre las organizaciones y los sanitarios.
- 4) Los intentos de implantación se han llevado a cabo sin el consenso de los facultativos que tienen que elaborar el protocolo.



Sanidad prepara un informe para defender el pacto con enfermeros y médicos

El recurso de CSI-F, CCOO y UGT contra el pacto firmado entre el **Ministerio de Sanidad**, el **Foro de la Profesión Médica** y la **Mesa Estatal de la Profesión Enfermera** da nuevos pasos. Tras las demandas (individuales) presentadas por los sindicatos, **Redacción Médica** ha podido saber que el **juzgado** que tramita el recurso **ha pedido ya un informe del Ministerio** en el que avale la **legalidad del convenio firmado el pasado 30 de julio**. Entre las organizaciones sindicales no está clara la argumentación final en la que basarán su queja, si bien **CSI-F**, como anunció en su día su presidente nacional del Sector de Sanidad, **Fernando Molina**, apuesta por la vulneración de derechos fundamentales...



SEGÚN SALUD PÚBLICA

La diabetes será un eje prioritario del Plan de Salud

En Cantabria hay 65.000 diabéticos

Redacción. Santander

El próximo jueves, 14 de noviembre, se celebra el Día Mundial de la Diabetes, bajo el lema 'Protejamos nuestro futuro'. Como novedad, este año se han programado actividades durante prácticamente toda la semana (de lunes a jueves), entre las que destacan las charlas en colegios, y los actos tendrán lugar no sólo en Santander, como en ediciones anteriores, sino que se extenderán a varios ayuntamientos de la región.

Según ha explicado José Francisco Díaz, la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales considera la diabetes un tema prioritario en el ámbito de la salud pública y así lo recoge el Plan de Salud, que se presentará próximamente. En Cantabria, se estima que hay 65.000 diabéticos.

La divulgación de esta enfermedad, sus síntomas y tratamiento será el eje central del programa de actividades que han presentado en rueda de prensa el director general de Salud Pública, José Francisco Díaz; el concejal de Familia, Servicios Sociales y Protección Ciudadana del Ayuntamiento de Santander, Antonio Gómez; el presidente del Colegio de Médicos, Tomas Cobo; el de la Asociación de Diabéticos de Cantabria, Aureliano Ruiz, y la vicepresidenta del Colegio de Enfermería, Pilar Elena Sinobas.

Además, ha afirmado que la Asociación de Diabéticos de Cantabria tendrá el espacio que merece en la Escuela de Salud para los Ciudadanos, junto al resto de asociaciones de pacientes. También ha manifestado que el próximo año se pondrá en marcha, junto con la Consejería de Educación, una actividad formativa para los docentes, de manera que estos aprendan a conocer la sintomatología y manejar las situaciones que les puede plantear un alumno diabético en las aulas, con el objetivo de que sepan cómo actuar en caso de que uno de ellos tenga una crisis o alguna alteración en la enfermedad.

El impacto de la enfermedad entre los niños es uno de los aspectos que también ha destacado el presidente de la asociación, quien ha explicado que el lema de este año se refiere a este grupo de población, "a quienes tenemos que preparar el camino para que tengan una vida más fácil".

Por su parte, la vicepresidenta del Colegio de Enfermería ha incidido "en la información y la educación para la salud como el primer paso para capacitar a las personas a que logren autonomía, bienestar y calidad de vida". De hecho, según los datos aportados por Sinobas, las personas con diabetes son responsables del 95 por cien de la atención que precisan.

Tomas Cobo y Antonio Gómez han coincidido en destacar la colaboración y el apoyo de las instituciones públicas y sanitarias en la divulgación de esta enfermedad para favorecer su tratamiento y su diagnóstico precoz.

OCIO Y ENTRETENIMIENTO

SALA DE ESPERA

Golpe de mano de Grifols

Grifols y su operación de compra de la unidad de diagnóstico de sangre de Novartis se llevan la palma en las portadas de la prensa económica de hoy, que ha valorado tanto la magnitud del movimiento como su alcance mundial.

Para *Expansión*, es la noticia más importante del día: **Grifols, líder mundial en suministro a hospitales**. Y subtitula: *Compra una filial de Novartis por 1.240 millones para crecer en diagnóstico*. Otros destacados de la información son: *El grupo lideró ayer las subidas del Ibex, con un impulso del 4,5% e Incorpora a 550 trabajadores y superará los 3.000 millones en ventas*. El diario de **Unidad Editorial** destaca que Grifols ya era uno de los mayores fabricantes de hemoderivados del mundo, "y ahora se transforma en un actor clave del diagnóstico sanguíneo". Para financiar la compra, la empresa dispone de un crédito puente de 1.100 millones concedido por **Nomura, BBVA y Morgan Stanley**.

El Economista parece menos motivado y sólo le da a la noticia un sumario: *Grifols cierra el círculo del negocio del plasma: compra una filial a Novartis.*

Y **Cinco Días** es el más agudo en el título: *Grifols da un golpe de mano con la compra de una división de Novartis.* “Grifols crece a golpe de compras”, dice el periódico salmón de **Prisa**, que añade que la operación permitirá al grupo diversificar su negocio y convertir el diagnóstico en un 20% de sus ingresos. Además, la acción roza récord histórico. La noticia se completa con un análisis, destacado igualmente en portada: *Las claves estratégicas que señalan el éxito del laboratorio español.*



medicos

