

Recobremos el placer de ser médicos

Boletín Informativo SMC-CESM

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

MEDICOS

que defienden a los

MEDICOS

Unidos podemos



Unidos podemos

OPINIONES

"The best health care in the world". Las mujeres mueren más jóvenes que sus madres (en Estados Unidos)

El autor recoge el titular de un periódico para desgranar una serie de consideraciones sobre la sanidad en Estados Unidos, el país que más gasta en tal partida y que peores resultados obtiene, en algunos casos similares a los de países africanos. De ahí que, parafraseando el titular periodístico, termine concluyendo sin que se sepa porqué.

14/10/2013, Juan Gérvas

La reforma de Obama

Hay un nobel de la paz capaz de hacerse una fotografía mientras "disfrutaba" contemplando en directo cómo sus soldados asesinaban sin juicio previo a un supuesto terrorista, capaz de mantener sin juicio y encerrados indefinidamente a supuestos terroristas en una base militar en territorio extranjero y capaz de vigilar y vigilante (sin permiso judicial) de todas nuestras comunicaciones electrónicas visuales, escritas y habladas.

Es curioso pensar que los dos países aparentemente más opuestos en el mundo (Rusia y Estados Unidos) sean gobernados por espías que se saltan a los jueces de continuo; es de esperar que al ruso le den pronto el nobel de la paz.

Pero, dada la humana complejidad, no hay una criatura del "eje del mal" que no tenga alguna virtud. Y ahí está la "Obamacare", la ley que extiende la cobertura sanitaria a "casi" toda la población de Estados Unidos. Es una ley vista por la oposición como el comienzo de una tiranía socialista que limitará la libertad individual y que llevará a los ancianos ante "paneles" de la muerte, para eliminarlos y disminuir el gasto sanitario.

Los más feroces opositores a la "Obamacare" son los del "Tea Party", ese grupo de cristianistas (cristianos extremistas) y ultraliberales que van más allá del gobierno estadounidense, de por sí controlado por los cristianos.

En España tenemos algo de eso. Son los políticos que pertenecen a los "Legionarios de Cristo" y a otras sectas ultracristianas (cristianistas y ultraliberales). No tiemblan al disminuir sin piedad el Estado de Bienestar, que siempre ha sido el Estado menos Tal (en comparación con el resto de Europa). Por ejemplo, defienden de continuo a la familia, pero la familia ha estado y está desamparada de ayudas en España, en términos absolutos y relativos (por ejemplo comparada con la laica Francia). El Estado de Bienestar ha estado siempre por debajo de nuestras necesidades, pero los cristianistas y ultraliberales lo recortan al haber vivido ellos (y querer seguir viviendo) por encima de sus posibilidades.

Estados Unidos es el país del mundo desarrollado que más gasta en salud tanto en términos relativos como absolutos. Así, emplea el 18% del producto nacional bruto en salud, contra una media de 9,5% de los países desarrollados (los 34 de la OCDE, Organización de Desarrollo y Cooperación Económica). En cifras absolutas, Estados Unidos gasta 8.233 dólares anuales por cabeza, contra una media en los países de la OCDE de 3.268 (en dólares ajustados por paridad, para hacer posible la comparación imparcial). De ese dinero, Estados Unidos emplea 900 dólares por cabeza y año en gastos de administración sanitaria; por contraste, Francia emplea 300 a pesar de tener un sistema parecido con acceso directo a especialistas (y los consiguientes problemas por falta de coordinación y atención fragmentada a los problemas agudos y crónicos). El día de ingreso hospitalario cuesta en Estados Unidos 18.000 dólares; la media de los países de la OCDE es de 6.200 dólares. Cuesta el doble el parto normal, y en general todo es mucho más caro en Estados Unidos, de angioplastia a prótesis de cadera-rodilla

<http://www.pbs.org/newshour/rundown/2012/10/health-costs-how-the-us-compares-with-other-countries.html>

Los cristianistas y ultraliberales del "Tea Party" dicen que sí, que se gasta mucho dinero en salud en Estados Unidos, pero que tienen el mejor sistema de salud del mundo ("the best health care in the world").

Is really "The best health care in the world" the best?

¿Tiene realmente Estados Unidos el mejor sistema de salud del mundo? ¡Quién sabe! Desde luego, los datos deslucen mucho a tal sistema ya que sus resultados en salud son pobres: "produce" 250.000

mueren anuales (un cuarto de millón muertos cada año) por su iatrogenia (exceso de intervenciones), lo que convierte la actividad médica en la tercera causa de muerte en Estados Unidos <http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/PublicationsPDFs/A154.pdf>

- mueren en el primer día de vida más del doble de niños estadounidenses que niños europeos (11.300 anuales en Estados Unidos contra 5.800 en la Unión Europea; en total nacen cada año 4,3 millones en Estados Unidos y 5,3 en la Unión Europea) <http://www.savethechildrenweb.org/SOWM-2013/#/7/zoomed>
- en algunas provincias de Estados Unidos la mortalidad del primer día es similar a la de los países pobres en desarrollo <http://rt.com/usa/us-newborn-deaths-combined-960/>
- la mortalidad materna en EEUU se ha triplicado, pues ha pasado de 6,6 en 1987 a 21 en 2010 por 100.000 nacidos vivos; sólo hay otro país en el mundo en que se haya triplicado la mortalidad materna, Zimbabue. Parir en Estados Unidos es una "actividad mortal", como dijo Amnistía Internacional <http://www.amnestyusa.org/sites/default/files/pdfs/deadlydelivery.pdf>
- son evitables médicamente más de la mitad de las muertes maternas en Estados Unidos, lo que convierte sus cifras en un problema de salud pública y también de derechos humanos <http://www.arhp.org/publications-and-resources/contraception-journal/march-2011>
- en Estados Unidos se producen daños sanitarios demostrables a las mujeres por los excesos de servicios innecesarios a las ricas (clase alta) y por defecto de atención necesaria a las pobres (clase baja) <http://equipocesca.org/clinical-care-and-health-disparities/>
- la expectativa de vida al nacer ha aumentado 9 años en Estados Unidos entre 1960 y 2010; en los países de la OCDE ha aumentado 11 años de media. La edad media a la muerte es en Estados Unidos de 78,7 años, y de 79,8 en la OCDE. Los ingresos hospitalarios por asma son 120,6 por 100.000 habitantes y año; la media de la OCDE es de 51,8. En Estados Unidos se hacen 100 RMN y 265 TAC anuales por cada 1.000 habitantes, el doble de la media en los países de la OCDE <http://www.pbs.org/newshour/rundown/2012/10/health-costs-how-the-us-compares-with-other-countries.html>

Como es natural, tales datos no presagian nada bueno para la salud en general y en particular para la salud de la mujer estadounidense.

Las mujeres de Estados Unidos están muriendo más jóvenes que sus madres, y nadie sabe por qué ("US women are dying younger than their mothers, and no one knows why")

Este es el titular periodístico de la noticia en la que se comentan los datos sobre expectativa de vida al nacer y mortalidad femenina en Estados Unidos de varios estudios (entre ellos uno de la Universidad de Washington y otro de la Universidad de Winconsin).

En el estudio de 1985 a 2010, la expectativa de vida al nacer de las mujeres disminuyó en la mitad de las provincias de Estados Unidos, lo que afecta fundamentalmente a las que tienen estudios.

En el estudio de 1992 y 2006, se incrementó la tasa de mortalidad femenina en la mitad de las provincias de Estados Unidos, sobre todo las del sur y oeste ("la geografía es el destino") y entre las mujeres sin estudios o con estudios básicos.

<http://www.theatlantic.com/health/archive/2013/10/us-women-are-dying-younger-than-their-mothers-and-no-one-knows-why/280259/>

Por consecuencia, las mujeres en Estados Unidos están muriendo 5 años antes que sus madres. Algo parecido sólo se había visto en el mundo en Rusia tras la caída de la Unión Soviética, pero afectó a los varones.

Hay cosas raras en este mundo sanitario, pero es lógico que al final las mujeres "paguen el pato" con sus vidas, pues son "carne de cañón médico"

<http://equipocesca.org/encarnizamiento-diagnostico-y-terapeutico-con-las-mujeres/>

<http://www.actasanitaria.com/opinion/el-mirador/articulo-menarquia-y-menstruacion-dos-opportunidades-para-convertir-a-la-mujer-en-carne-de-canon-medico.html>

<http://www.actasanitaria.com/opinion/el-mirador/articulo-en-5-palabras-la-mamografia-no-salva-vidas-tambien-en-5-palabras-dejad-las-tetas-en-paz.html>

<http://www.actasanitaria.com/opinion/el-mirador/articulo-la-impactante-y-creciente-mortalidad-materna-en-estados-unidos.html>

<http://www.actasanitaria.com/opinion/el-mirador/articulo-la-arruga-es-bella-la-osteoporosis-tambien-evite-las-caidas-y-los-medicamentos-que-las-producen.html>

Bien se demuestra la composición de la carne de cañón en Uruguay donde, para mantener el trabajo en el sector público, se obligaba a la mamografía de cribado-screening de cáncer de mama anual desde los 40 años. Ahora la dictadura preventiva avanza y se pedirá la citología de cuello de útero y la mamografía anual desde los 40 años a toda mujer uruguaya, para mantener el trabajo en el sector público y en el privado, recibir ayudas y subvenciones, etc.

<http://www.180.com.uy/articulo/36156>

<http://www.actasanitaria.com/opinion/el-mirador/articulo-uruguay-presidente-excepcional-y-dictadura-preventiva-institucional.html>

Al final, lo raro no es que las mujeres en Estados Unidos estén muriendo antes que sus madres. Lo raro es la apostilla del titular periodístico ("nadie sabe porqué").

¡Pobres mujeres del mundo entero!.

NOTICIAS DE CANTABRIA

EL MUNDO

El efecto «disuasorio» del copago «parece superado»

Un año después de su entrada en vigor sube el gasto farmacéutico en Cantabria

IRENE SAIZ

El copago, «sin apriorismos», podría haber perdido ya su efecto «disuasorio». Si una de las finalidades de la medida impuesta por el Ministerio de Sanidad era contener el gasto sanitario mediante la reducción del número de recetas dispensadas por el Sistema Nacional de Salud, la tendencia indica que la herramienta resulta inútil.

David Cantarero, profesor titular de la Universidad de Cantabria, responsable del Grupo de I+D+i en Economía Pública y de la Salud y miembro de la Junta directiva de la Asociación de Economía de la Salud, evita valoraciones subjetivas sobre la materia y desenfunda un cuadro con los últimos datos publicados por el Gobierno de España.

El gasto farmacéutico a través de receta oficial subió en la región un 3,36% en agosto de 2013 en relación al mismo mes del año pasado: pasó de 9,9 a 10,2 millones de euros. El gasto medio por receta se elevó un 6,06%, de 10,84 euros a 11,49 euros. Eso sí, las recetas facturadas pasaron de 914.020 a 890.763, un descenso del 2,54%.

A nivel nacional, el gasto subió en nueve comunidades y en Ceuta y Melilla. Bajó en ocho regiones. El País Vasco, que comenzó a aplicar el copago el 1 de julio de 2013, un año después que el resto, registra la mayor caída del gasto, un 15,78% pero el resultado «no puede ser comparado porque aún es pronto», señala Cantarero. El dato de la comunidad vecina inclina la media del conjunto del país donde el gasto se reduce un 0,04%, lo que en términos reales supone un ahorro de 270.000 euros porque el gasto se mantiene en 713 millones de euros.

El economista asegura que es necesario que pase más tiempo para confirmar la hipótesis pero la tendencia está ahí. Cantarero apunta que puede existir «cierta demanda inducida por la oferta y que los médicos pueden estar sujetos a presiones comerciales, por incentivos o asistenciales». Tampoco descarta «un incremento de los precios de los medicamentos» aunque es un sector «muy controlado».

Por otra parte, el Grupo de I+D+i que dirige está analizando ahora a qué ciudadanos afecta la medida. «Hemos cruzado los datos del Instituto Nacional de Estadística sobre nivel de renta con la información del Ministerio de Sanidad sobre consumo farmacéutico y una de las primeras conclusiones es que son los ciudadanos con rentas medias y bajas los que más medicamentos consumen y, por tanto, los más afectados por el copago».

Cantarero lamenta que el Gobierno de España no haya realizado estudios al respecto. Las políticas sanitarias, argumenta, deben ir acompañadas de una memoria económica que permita valorar su efectividad. En su opinión, estamos ante «un cambio de modelo» donde la prioridad debe ser «evitar despilfarros» para garantizar «la oferta sanitaria» y, desde luego, «el pago a los proveedores». El Estado debe «identificar los focos de demanda excedentaria que pueden estar, no en las recetas, sino en otros ámbitos como las citas de centros de salud, el uso de las urgencias o en las operaciones quirúrgicas».

Cantarero insta además a la Administración a «copiar las experiencias que han dado resultado, a evaluar su desarrollo y a promover la transparencia a través de la rendición de cuentas». El profesor citó como ejemplo de «fórmulas más creativas» las bonificaciones fiscales en los seguros privados que Baleares ha aprobado, ya que permite que los ciudadanos «elijan» el modelo sanitario que prefieran.

Respecto al copago en farmacia hospitalaria, cuya resolución fue publicada en el Boletín Oficial del Estado el 19 de septiembre y que entrará en vigor en enero de 2014, Cantarero explica que, según los cálculos de la Universidad de Cantabria, afectará a unas 3.500 personas en la región y supondrá una recaudación anual de 43.000 euros.

La medida, a la que se oponen asociaciones, sindicatos y partidos políticos –incluido el propio Partido Popular en Castilla y León– supondrá una «aportación simbólica» de «no más de 10 euros al mes por paciente». Los medicamentos incluidos están prescritos para unas cuarenta enfermedades como la hepatitis C, cánceres de mama o de colon, VIH o psoriasis, enfermedades cuyos «tratamientos son muy caros, entre los 60.000 y los 100.000 euros anuales por persona». Solo Ceuta y Melilla han aplicado la resolución y «el primer día que estuvo en vigor recaudaron 24 euros».

Los argumentos de equidad pueden ir «en uno y otro sentido», reconoce Cantarero pero, a falta de previsión, aún está por ver la utilidad real del copago sanitario.

VALDECILLA

Privado sí pero con riesgo incluido

David Cantarero no solo huye de ideologías y argumentos filosóficos, también ha dejado atrás el debate sobre la sanidad pública o privada. «Es fundamental terminar Valdecilla, es lo que demanda el ciudadano». La colaboración público-privada no es negativa ni positiva. «No hay ningún estudio que

demuestre un supuesto o el otro». Además, la sanidad pública siempre ha derivado pacientes a la privada para aligerar las listas de espera. La cuestión es que si además de los servicios no médicos en esencia se traslada «la bata blanca» a la gestión privada, hay que «limitar el beneficio» y transmitir también «el riesgo financiero».

NOTICIAS GENERALES



La falta de concreción caracteriza la búsqueda de un Pacto de Estado en Sanidad

La falta de concreción caracteriza la búsqueda de un Pacto de Estado en Sanidad. Este fue el decepcionante resultado de un encuentro organizado este viernes, 11 de octubre, por la Universidad CEU San Pablo de Madrid, al que acudieron voces tan autorizadas como las de Julián García Vargas, Enrique Normand, Fernando Lamata o Mario Mingo, entre otros.

Madrid 13/10/2013, Luis Ximénez

Durante el debate sobre "La salud como bien social. El futuro político de la salud", que tuvo lugar en una de las sedes de la Universidad CEU San Pablo, pudo decirse que los árboles no dejaron ver el bosque. A pesar de que el encuentro contó con primeras figuras del mundo sanitario, con responsabilidades políticas presentes o pretéritas, la abundancia de datos y la brillantez de algunos puntos de vista no pudieron evitar cierta sensación de esterilidad sobre las conclusiones finales.

Julián García Vargas, ex ministro de Sanidad, abrió las intervenciones entonando un "mea culpa" general por los excesos cometidos en la Sanidad, cuyo resultado ha sido, antes y durante la crisis, un elevado gasto en este capítulo. Para García Vargas se hicieron hospitales innecesarios y ahora se está poniendo en riesgo que la industria farmacéutica radicada en España se deslocalice a otros países europeos donde pueda encontrar mejores condiciones para su desarrollo. Habló el ex ministro de Sanidad (y de Defensa) de que se hace necesario actualmente un Documento estratégico para la reforma sanitaria al menos para el próximo lustro, pero no dio ningún detalle del contenido de ese hipotético escrito. Así mismo, encontró precipitado el proyecto de privatización de la gestión sanitaria en la Comunidad de Madrid y constató la lenta agonía del modelo MUFACE.

Como representante de la Subcomisión para el Pacto de Estado destinado a lograr la sostenibilidad del SNS, habló su presidente, Mario Mingo, que lo es también de la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados. Mingo dio un repaso a todos los ingredientes de ese hipotético pacto, pero utilizó un tono permanentemente interrogativo, ignorando tal vez que se elige a los políticos para dar respuestas y no para hacer preguntas. El diputado pidió una exhaustiva evaluación de las actividades sanitarias y que todo el sistema sea regido por criterios de coste eficacia. En otro sentido se manifestó Enrique Normand, coordinador del Grupo de Sanidad de Madrid en UPyD, quien pidió que el Ministerio de Sanidad recupere competencias a costa de las comunidades autónomas. Sin embargo, su idea no encontró eco ni en la mesa de ponentes ni en el salón de actos de la San Pablo CEU.

DIARIO MEDICO.com

DEBATES El acuerdo Sanidad-Profesión Médica: ¿salida o llegada?

Pacto Sanidad-Foro: la falsilla para evaluar la política sanitaria de Rajoy

OMC y CESM confían en la voluntad del Gobierno de desarrollar sus compromisos, pero CCOO y CSI-F rechazan un acuerdo "excluyente" que no suma a regiones, sindicatos y oposición política

MADRID ÁLVARO SÁNCHEZ LEÓN alvaro.sanchez@colaboradoresunidadeditorial.es

El 30 de julio de 2013, mientras España ultimaba sus maletas para la Operación Salida, los telediaristas abrieron con una noticia: el Gobierno de España y el Foro de la Profesión Médica firmaban un acuerdo básico en el que se ponían negro sobre blanco los deberes y las buenas intenciones sanitarias del Ejecutivo de Mariano Rajoy.

Poco después del flash de la foto del presidente del Gobierno y Ana Mato con los representantes del Foro (Organización Médica Colegial, CESM, Facme, Consejo Nacional de Especialidades, Conferencia de Decanos de Medicina, Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina), el universo digital primero, y el periodístico, después, arrancó el camino de los parabienes, las críticas, las dudas... Y según el nivel de la perplejidad o desconfianza, el grito, la impugnación, el rechazo, o el *rompernos la baraja*.

En este contexto, y antes de que el 21 de octubre el Ministerio de Sanidad explique este acuerdo en la conferencia conjunta, DIARIO MÉDICO ha reunido a cinco protagonistas del acuerdo y del debate en los medios para analizar la gestación, el contenido, el futuro, las lagunas y las condiciones para determinar si este pacto se queda en una foto de verano o si se convierte en la primera piedra de lo que la gran mayoría de los agentes sanitarios llevan pidiendo desde hace años: el ansiado Pacto de Estado por la Sanidad, casi el único sintagma preposicional que une a todas las sensibilidades y a todos los intereses sanitarios del país.

Se convoca para la ocasión a **Serafín Romero**, secretario general de la OMC; **Francisco Miralles**, secretario general de CESM; **Antonio Cabrera**, secretario general de Sanidad de CCOO; **Fernando Molina**, presidente de Sanidad de CSI-F, y **Carlos Moreno**, subdirector de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales, e Igualdad. La intención era contar también con **José Martínez Olmos**, portavoz de Sanidad en el Grupo Socialista del Congreso de los Diputados, pero el protagonista principal de la oposición política sanitaria prefiere no participar. La primera palabra del debate fue una elocuente ausencia.

Después de escuchar sus opiniones a favor y en contra, sus avisos, sus recomendaciones, sus análisis, sus propuestas y sus profecías, se puede llegar a la conclusión de que hoy el pacto liderado por el propio Mariano Rajoy es sólo un acuerdo de intenciones. Los asistentes consideran que si de este texto, solemnemente rubricado, no sale el Pacto de Estado de la Sanidad sumando a todos; si no logra avanzar en las políticas "paralizadas" de recursos humanos; si no consigue que las unidades de gestión clínica sean la fórmula ideal "contra las privatizaciones y las externalizaciones", y si no se va ejecutando punto por punto cada compromiso, al final esas once páginas serán un pacto de intenciones frustradas.

Sin embargo, los firmantes consideran que si sobrevive a los prejuicios y a sus defectos de fábrica, si de verdad este es el brote verde de la sanidad española, entonces puede ser un guión para la reactivación y no una foto oportunista.

CRITICAR O SUMAR

En el debate hay dos corrientes: en la primera, los representantes del ministerio, la OMC y CESM, que quieren que el pacto prospere, aunque cada cual tiene sus propios matices sobre su gestión, su contenido, su viabilidad y sus claves del éxito. En la segunda, los sindicatos de clase representados por CCOO y CSI-F: ambos han anunciado que impugnarán el pacto, y con eso ya está dicho casi todo.

Cabrera lo ve "efectista, pero no efectivo". Para él, el acuerdo es excluyente y no aglutina los tres pilares que considera esenciales: el pacto político, el social, y el institucional". Para él, un pacto sin PSOE, CCOO, UGT, CEOE y Cepyme "adolece de legitimidad. Firmar un pacto conmigo y con mis amigos excluyendo a los demás es difícil que busque el consenso".

La OMC y CESM coinciden en que han firmado el acuerdo porque está detrás el propio presidente del Gobierno y lo ven como la piedra básica del Pacto de Estado

Molina, de CSI-F, cree que el pacto entre el Gobierno y el Foro de la Profesión Médica es "un buen guión" para el verdadero acuerdo global, pero disiente "en la forma y en su gestión. A nosotros nadie nos ha consultado nada en ningún momento".

CSI-F cree que puede ser un buen guión para un acuerdo global, y CCOO rechaza la forma y el fondo y duda de la voluntad de consenso del departamento de Mato

El subdirector de Recursos Humanos de Sanidad ha querido remarcar durante el encuentro que la voluntad de Mato es sumar a todos. Admite que "este pacto no es fácil, pero había que empezar por algún sitio". Según dice varias veces, la subtrama del ministerio cuenta con incorporar nuevos firmantes en varias fases adicionales: en primer lugar, contar con todas las comunidades. En su opinión, la reunión informal de consejeros de Sanidad en Barcelona del pasado mes de septiembre fue el pistoletazo de salida para intentar conquistar sus voluntades. CSI-F piensa otra cosa. Su presidente de Sanidad considera que "allí se les vendió un acuerdo cerrado y no todas están dispuestas a tragar".

Recursos Humanos de Sanidad destaca que su intención es sumar a sindicatos, oposición y pacientes en sucesivas fases, pero "por algo había que empezar"

Después, Sanidad cuenta con transmitir bien la idea del acuerdo para sumar el apoyo del PSOE y del resto de fuerzas políticas, a pesar del escepticismo del resto de la mesa, que ya han escuchado los titulares contrarios de una oposición que "no quiere respaldar pactos partidistas".

Y la intención del ministerio es aglutinar también en los abajo firmantes a los pacientes: "Ellos son el centro del sistema sanitario, y contaremos con ellos, como no puede ser de otra manera, para incluir la voz de los enfermos y de la sociedad en un acuerdo que quiere ser columna vertebral del futuro de la sanidad española".

COMPROMISO GLOBAL

Romero y Miralles animan a sumar voluntades. Para el secretario general de la OMC, "firmar este pacto para nosotros no es un acuerdo con el ministerio. Es firmar un compromiso público del Gobierno. Y si no se cumple, lo denunciaremos". Contra los críticos, subraya con fuerza que "es importante que quede claro que esto no es el Pacto de Estado. Esto es un acuerdo entre el Gobierno y la profesión médica. Y que cada cual opine lo que quiera sobre el texto y su legitimidad, pero que se sepa que la OMC representa por ley a toda la profesión médica".

El secretario general de CESM ve en el texto "las guías para consolidar la sanidad pública y la gestión pública". Además, espera que ésta sea la primera piedra "del pacto político por la Sanidad".

Las dos voces más destacadas del Foro de la Profesión Médica coinciden en que, aunque el texto firmado no incluye todas sus demandas, "recoge la esencia de lo que consideramos como nuestro modelo del Sistema Nacional de Salud"

CCOO -y previsiblemente UGT- no comulga con el texto, ni lo hará, aunque Sanidad le facilite un acercamiento colateral. Su secretario general de Sanidad espera a que llegue el Pacto de Toledo del sistema sanitario con todos los protagonistas necesarios en el pie de foto.

Si no, nada y nunca. Como cuenta Cabrera, "ya tuvimos la posibilidad de un pacto más audaz con Trinidad Jiménez, pero no lo suscribimos precisamente porque no hubo forma de lograr el consenso, a pesar de que hubo hasta una comisión parlamentaria en el Congreso y propuestas también de los representantes de la profesión médica. Pero ni PP ni PNV quisieron al final firmar el texto, y entonces entendimos que había que dar marcha atrás. Si antes hicimos algo así, ahora la desconfianza es mucho mayor".

Aunque el Ministerio de Sanidad y los representantes de la profesión médica creen que las divergencias nacen de un problema de comunicación y confían en superar los prejuicios con la jornada del 21 de octubre, las voces discordantes, como la de Molina, insisten en que este acuerdo es "un desprecio al resto de categorías profesionales sanitarias".

De momento, lo único que puede provocar el vuelco en la intención de apoyo serán los hechos.

Claves del éxito: corregir el RD 16/2012, el foro médico exclusivo y sumar a más

¿Cuáles serán las claves para considerar que este pacto ha sido un éxito? Las respuestas en positivo a esta pregunta las acaparan principalmente los representantes de las instituciones firmantes participantes en el debate: Serafín Romero, secretario general de la OMC, y Francisco Miralles, secretario general de CESM.

Romero remarca que parte de este pacto es enmendar errores del real decreto 16/2012, que ha supuesto una revolución en el rediseño del sistema sanitario. En concreto, destaca una cuestión irrenunciable para que este acuerdo sea un éxito: "Consolidar que el Sistema Nacional de Salud sea realmente universal volviendo a acoger a los inmigrantes irregulares". En esa demanda hay, muy posiblemente, un punto de encuentro con otras instituciones, y con otras sensibilidades. Aunque el resto de participantes no han puesto esas mismas palabras en su boca, muchos han asentido con la cabeza y con los gestos ante esa iniciativa.

El secretario general de la OMC pone también el acento en todos los temas profesionales históricos que lleva reivindicando su organización: el desarrollo del decreto de troncalidad y la puesta en marcha de registro de profesionales, que estará en vigor en el primer cuatrimestre de 2014, según Carlos Moreno.

FORO MEDICO Y APD

Miralles ha recalcado el compromiso de instaurar, "antes de los seis meses estipulados", un foro de diálogo propio para los médicos, con la oportuna modificación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias que eso conlleva". Y subraya que otra piedra de toque del éxito de este pacto será "que antes del 31 de diciembre se pacte una solución uniforme para los APD y los médicos de cupo y zona, como recoge el texto. Una solución que se negocie y que satisfaga a todos".

Para Sanidad, la clave principal del éxito es conseguir sumar al máximo número de protagonistas posibles.

Al otro lado de la mesa, el secretario general de Sanidad de CCOO ha destacado sus críticas: "En el texto firmado falta todo. En un contexto de pérdida de 52.500 puestos de trabajo sanitarios en dos años, no hay ningún compromiso real en materia de empleo. Tampoco hay un compromiso económico que haga viable lo que es una foto amable para Rajoy en pleno Caso Bárcenas".

FRANCISCO MIRALLES

Este pacto ha venido a consolidar la sanidad pública y la gestión pública, y asegura una financiación suficiente y adecuada del sistema sanitario. Pero ha sembrado dudas con las unidades de gestión clínica que debemos saber explicar mejor

ANTONIO CABRERA

Nos sorprende que se firme un pacto con los mismos que están privatizando la sanidad en Madrid, Castilla-La Mancha y Valencia, y que no se incluya ninguna pauta anti privatización. Además, no se fijan ni compromisos económicos ni avances en temas de empleo

CARLOS MOLINA

Cuando se desarrollen las cuestiones laborales recogidas en este pacto, todas irán al Foro Marco y al Ámbito de Negociación para ser refrendadas por los agentes sociales establecidos por el ordenamiento jurídico. Cada cosa, en su sitio

SERAFIN ROMERO

La foto se puede ver como una foto, pero para nosotros es un compromiso público. No es un acuerdo con el Ministerio de Sanidad. Es un compromiso público con el Gobierno de Rajoy. Y si no se cumple su desarrollo, lo denunciaremos

FERNANDO MOLINA

Las comunidades autónomas parece que no han sido invitadas a participar. Más bien se les ha dado el tema hecho. Y si algunas deciden finalmente participar, se encontrarán con un problema de desarrollo con sus respectivas mesas sectoriales

Lagunas: concretar las unidades de gestión clínica y la financiación finalista

Un pacto de mínimos, aunque sea un acuerdo de buenas intenciones, siempre tiene lagunas para las partes, pero las más destacadas durante el debate han sido las escasas propuestas para fomentar el empleo médico -a pesar de los datos de la Encuesta de Población Activa que subrayan que el desempleo entre los profesionales sanitarios seguirá siendo una tendencia durante 2013- y el escaso y confuso desarrollo de las unidades de gestión clínica.

Francisco Miralles, secretario general de CESM, pone el dedo en ambas llagas. En su opinión, "la principal laguna" del texto es el que se anuncien las unidades de gestión sin desarrollarlas, "porque eso ha generado mucho miedo entre los médicos, y mucho miedo también en nuestras organizaciones. Es muy importante que el Ministerio de Sanidad concrete en qué consistirán, que sean realmente atractivas para los profesionales, que sean verdadera alternativa a la privatización y externalización que se está llevando en varias comunidades autónomas. En este ámbito hay una preocupación enorme, y si se concretan adecuadamente sabremos si el pacto va o no en la línea correcta"

Su propuesta es clara: "Que no supongan, ni de lejos, ninguna privatización de nada, y que no impliquen cambios de regímenes laborales. Estas dos premisas son imprescindibles. Si prosperan así, los médicos se implicarán sin ninguna duda".

Carlos Moreno, subdirector de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad, ha aprovechado el debate para anunciar que la propuesta ministerial -que se esbozará en un borrador que se hará público "en breve"- "irá en la línea" de lo planteado por Miralles.

Antonio Cabrera cree que el escaso desarrollo de este tema en el texto del acuerdo genera algo más que desconfianza. En su opinión, "CCOO no entiende por qué hay que cambiar el Estatuto

Marco, porque en Asturias y Andalucía existen unidades de gestión clínica que funcionan muy bien, y allí no ha habido que cambiar ninguna figura administrativa. Si se retocan las leyes es porque se pretende cambiar lo que hoy es una fórmula organizativa para convertirla en una forma de gestión. Parece que lo que se busca es que tengan entidad jurídica propia, y es esa modificación la que genera un miedo justificado en muchos médicos".

FINANCIACION

Otra cuestión que echan en falta los participantes en este encuentro es que se haga mención expresa a una reivindicación histórica para la sostenibilidad del sistema sanitario: la financiación finalista. Aunque el texto habla de una financiación suficiente y adecuada, CESM y OMC prefieren que sea finalista, ya que, como asegura Cabrera, "en todos los temas de protección social hay margen de sobra para reclamar que sea así". El representante ministerial, por su parte, cree que la situación actual de las consejerías regionales de Hacienda necesita más margen de maniobra y apuesta por el concepto "suficiente".

HABLAN LOS DIRECTORES DE CENTROS DE SALUD Treinta jefes de equipos de primaria, de unidades y de centros de salud opinan en DM sobre la sanidad. Claman por la falta de apoyo de la Administración y del resto de especialidades

Atención primaria se siente despreciada

Primaria no se siente ni apoyada ni valorada. Ni por la Administración ni por el resto de especialidades. Así queda reflejado con rotundidad en las opiniones expresadas por treinta directores de centros de salud, jefes de equipo de atención primaria y de unidades de gestión clínica de la práctica totalidad de las autonomías, sondeados por DM sobre los principales problemas que afectan a la profesión. El sondeo, sin validez estadística alguna, es continuación de otro en la misma línea realizado a jefes de servicio hospitalarios (ver DM del 22-VII-2013 y página 11).

Preguntados sobre el principal problema al que se enfrenta la atención primaria, 18 de los 30 directores de centros de salud han señalado que se trata de la escasa valoración de la profesión y la falta de apuesta de la Administración por la primaria, muy por encima de otras opciones como la burocracia (6) o la falta de medios económicos y humanos (3).

Más rotunda ha sido aún su respuesta al preguntar directamente si la Administración apoya suficientemente a la primaria en comparación con la red hospitalaria. El no ha sido tan rotundo como unánime. Los treinta han optado por el "no, en absoluto; el sistema centra todos sus esfuerzos en los hospitales".

La sensación de desprestigio y abandono se ve con claridad también al preguntar por qué razón las plazas de Medicina de Familia son las últimas en ser elegidas por los MIR. Para 25 de los 30 responsables de centros de salud sondeados se debe a que "la Medicina de Familia no es valorada ni por la Administración ni por el resto de especialidades médicas", mientras que tan sólo tres de ellos han dicho que se debe a que las perspectivas laborales son malas y uno de ellos a que no se forma adecuadamente durante el Grado en Medicina de Familia.

La sensación de falta de valoración en este sentido es si cabe mayor teniendo en cuenta que otra de las opciones posibles era la escasa retribución de primaria en comparación con especializada, cuestión de la que también se quejan (ver página 7) pero que, en su opinión, pesa menos (no ha sido elegida por ninguno) que la baja valoración percibida.

Incluso en la pregunta abierta contestada por los directores de centros (ver información inferior), esta crítica es una constante en sus respuestas, donde se acusa a los políticos de decir que la

primaria es el eje del sistema pero no apoyarla con medios ni económicos ni humanos, ni tan siquiera responder a la petición de asumir mayor resolución. Las gerencias únicas, afirman algunos de ellos, están agudizando además el abandono de AP retrayendo recurso para los hospitales.

Para el que tenga interés en leer todo el informe de AP le proporcionamos el enlace correspondiente (en otro correo aparte)



El retrato y las pinceladas

Kepa Urigoitia: la aristocracia médica resiste

Por Ismael Sánchez, director editorial de Sanitaria 2000

Ahora que todos los médicos llevan años *funcionarizados* y hasta *proletarizados*, todavía encontramos a alguno que sigue siendo todo un aristócrata, delatado por su vestir y hasta por su ademán. **Es Kepa Urigoitia, que seguirá cuatro años más al frente del Colegio de Álava**, y al que eso de presidente le queda bien: porque no basta con ser eficaz ni con que te voten. Para liderar algo en esta vida, lo que sea, primero hay que ser y estar presentable. Y muchos médicos de hoy prefieren los cuellos abiertos y las batas arrugadas, olvidando el buen vestir. Kepa Urigoitia no forma, ciertamente, parte de esta marea.

Es la viva imagen y recuerdo de **Jaime de Mora y Aragón**, aquel *dandy* políglota que estudió tres carreras pero que triunfó como promotor turístico en **la Marbella de Jesús Gil**. Quiso ser actor reconocido, pero sólo llegó a ser lo que decía una genealogía atiborrada de condados y marquesados: **un noble de tomo y lomo**. Urigoitia se le parece en el pelo abundante y engominado, en el riesgo en el uso de los colores, en el pasador de las corbatas y en los gemelos. El monóculo y el bastón terminarán llegando. También les une esa capacidad para destacar y atraer la atención, que a don Jaime le llevó a ser un gran relaciones públicas, y a don Kepa **un representante profesional sin el que no se puede entender la defensa de los derechos e intereses de los médicos vascos durante los veinticinco últimos años**.

Nacido en San Sebastián, Urigoitia es un **médico de Familia** con dos especialidades que, en cierto modo, también conectan con la aristocracia: **Salud Pública y Sexología**. Lo que no parece casar con esta imagen de caballero *bon vivant*, de señor de otro tiempo, es su irrenunciable condición de sindicalista, aún más arraigada que la colegial. Pero en su propia decisión de optar por la defensa de los compañeros hubo un reflejo elitista: cuando comprobó cómo las centrales de clase defendían casi más a otras categorías profesionales y que los médicos solo conseguirían algo sindicados en solitario, por libre.

Es más sindicalista que colegial, aunque eso no le servirá para evitar las incompatibilidades. Mientras estuvo el **presidente Pérez Martí**, nunca se interesó en el Colegio. Después, tomó la iniciativa porque en el fondo ve la unidad de acción como una gran ventaja, siempre y cuando no se sindique a los colegios ni se colegie a los sindicatos. La mezcla aquí no es buena.

Hombre más de consensos que de confrontaciones, Urigoitia suscribe y en cierto modo personifica **ese nuevo tiempo impulsado por el presidente Rodríguez Sendín en la Organización Médica Colegial**: por sistema, mejor el acuerdo, aunque sea más aburrido. Y porque no siempre es posible, y entonces, vuelve el enfrentamiento, que parece estar en el ADN de la profesión, al menos en su vertiente más institucional.

Vive con preocupación el creciente desprestigio médico, cree en la evolución de la ciencia y defiende el humanismo, que sólo se podrá recuperar si se dispone de **un poco más de tiempo para dedicarle al paciente en la consulta**. Urigoitia, por encima de todo, está dedicando el tiempo a sus compañeros, a los vascos y a los alavases, que, a buen seguro, están mejor representados por este presidente colegial y secretario general sindical que recupera la aureola de suficiencia, porte y exquisitez que un día tuvieron los médicos en este país, para perderla irremediabilmente entre estatutos, exclusivas y servicios de salud para todos.



José Francisco Díaz



El Servicio de Salud Pública de Cantabria que dirige José Francisco Díaz ha ofrecido su compromiso a los pacientes que sufren fibrosis quística. La sensibilidad de este departamento se muestra en que no escatima esfuerzos para ayudar a los enfermos y sus familias, y un ejemplo es el cribado neonatal que se realiza en la comunidad y que permite el diagnóstico en recién nacidos y prolongar la esperanza de vida de los pacientes.



Tomás Cobo



Si hubiera que buscar un ejemplo de solidaridad entre los presidentes de los colegios de médicos sería sin duda el de Cantabria, Tomás Cobo. Una vez más el colegio que preside, en colaboración con otros organismos de Santander, ha enviado un autobús con destino a Tinduf cargado de alimentos, material higiénico, equipamiento médico y ordenadores. Además de los alimentos no perecederos y el material higiénico, el autobús llevará hasta los campamentos saharauis 20 ordenadores y una máquina de anestesia monitorizada cedidos por el Servicio Cántabro de Salud y el Colegio de Médicos que se han unido a esta causa con el fin de facilitar el trabajo de los centros hospitalarios y escolares que trabajan en Tinduf.

SEGÚN EL BARÓMETRO DEL IDIS

Los cántabros valoran con notable alto los servicios prestados por la sanidad privada



El 72 por ciento de los asegurados consultados cuenta con un seguro de salud directo

Lunes, 14 de octubre de 2013,

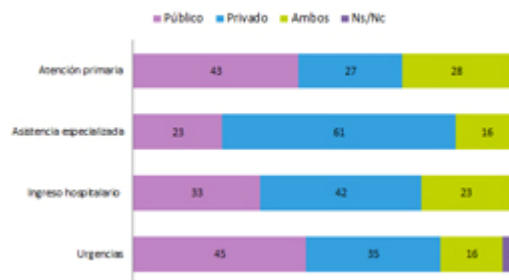
Redacción. Santander

Un 83 por ciento de los cántabros que cuentan con un seguro privado califica los servicios ofrecidos con un notable alto. Estos son algunos de los resultados de Barómetro de la Sanidad Privada 2013, un estudio desarrollado por el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), que busca conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y obtener conclusiones que proporcionen a los pacientes un nivel asistencial y sanitario eficiente.

Estos datos confirman la tendencia observada en Cantabria en los últimos años, en los que los usuarios han mostrado su satisfacción con los servicios que ofrece la sanidad privada; y cobran una mayor importancia, si se tiene en cuenta que el nivel de exigencia de los usuarios crece si estos tienen que hacer un desembolso.

Según el Barómetro de la Sanidad Privada el 72 por ciento de los asegurados consultados cuenta con un seguro de salud/asistencia sanitaria directa, siendo este el seguro más extendido entre los asegurados seguido de las mutualidades con un 29 por ciento. Además, destaca que 8 de cada 10 asegurados ha suscrito su póliza hace más de 5 años, situándose la antigüedad media en 6,7.

Elección entre sanidad pública y privada



Datos sobre elección entre sanidad pública y privada del IDIS.

Cuando se les pregunta por los servicios y frecuencia de uso de la sanidad privada, el 76 por ciento asegura que los ha utilizado en alguna ocasión y un 65 por ciento lo ha hecho durante el último año. En este sentido, es reseñable que la frecuencia media con la que los usuarios han utilizado la sanidad privada es de menos de 7 meses frente a los casi 9 con el que utilizan los servicios de la sanidad pública.

OCIO Y ENTRETENIMIENTO

Desestimada la demanda de Vitaldent contra el Presidente del Consejo General de Dentistas

El Juzgado de Primera Instancia nº 6 de Majadahonda (Madrid) ha desestimado la demanda de Laboratorio Lucas Nicolás SL, franquiciadora de Vitaldent, contra el Presidente del Consejo

General de Dentistas, Alfonso Villa Vigil; la demanda fue interpuesta por Vitaldent contra el Dr. Villa Vigil en junio de 2012 por unas declaraciones realizadas en el programa "Salud en forma" de Gestiona Radio, en febrero de ese mismo año, con las que supuestamente habría vulnerado el honor de la franquicia.

Madrid 13/10/2013

En esas manifestaciones, el Presidente del Consejo General de Dentistas, básicamente, señalaba que la campaña publicitaria "Haz las paces con el dentista" emitida en 2012 era engañosa, ya que en ella se podía entender que la rehabilitación protésica sobre implantes de carga inmediata se realiza en un solo día. Sin embargo, esto no se ajusta a la realidad, puesto que es necesaria una preparación previa en distintas sesiones clínicas y -además- los dientes artificiales que se colocan en este tipo de implantes son provisionales, por lo que no tienen carácter definitivo y deben ser reemplazados meses después. De este modo, se contribuía a generar falsas expectativas, con el consecuente engaño para el paciente.

Asimismo Alfonso Villa Vigil señaló que la Campaña también era denigrante para los dentistas particulares que ejercen en clínicas dentales tradicionales y discriminatoria para los dentistas hispanoamericanos ya que en ella se menosprecia y ridiculiza, de forma gratuita a todos los dentistas que trabajan en clínicas y centros sanitarios dentales que no son de Vitaldent, y en especial a los de nacionalidad hispanoamericana, lo que provoca un daño innecesario y grave en la dignidad y prestigio del sector.

