

INFORMACION DEL SMC



Recobremos el placer de ser médicos



Boletín Informativo SMC-CESM

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



MEDICOS

que defienden a los

MEDICOS

OPINIONES

Dos visiones sobre la ministra Ana Mato

El pasado 12 de junio pudimos ver claramente la complejidad y a veces esquizofrenia de la vida de un personaje político de alta responsabilidad: en el Parlamento se debatía una proposición de IU que pedía la reprobación de la ministra y, esa misma tarde, Ana Mato presidía la entrega de premios de la Fundación Lilly a dos importantes investigadores sanitarios de las áreas clínica y preclínica. Comentaré ambos sucesos intentando sacar algunas conclusiones de los mismos.

21/06/2013, Fernando Magro

La reprobación se planteó en la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales y fue defendida por Gaspar Llamazares. En una primera intervención dejó claramente expresadas las razones de su propuesta que centró en la, a su juicio, incapacidad demostrada por la ministra para dirigir la sanidad de este país. El primer elemento crítico concreto se refirió al cambio de modelo que había producido en la sanidad pública la aprobación del RDL 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, y que al cabo de algo más de un año de vigencia estaba demostrando sus graves consecuencias para el conjunto de la sanidad pública, con afectación directa a la salud y a la vida de las personas. El cambio de la universalidad por el aseguramiento dejaba claramente fuera de cobertura sanitaria a muchas personas. Se dijo en principio que estos colectivos excluidos de parte de la asistencia no sobrepasaban los 250.000 y eran fundamentalmente inmigrantes en situación administrativa irregular. En los datos recogidos en la revisión del Plan de Reformas y enviado a Bruselas para su evaluación, esta cifra se eleva a 800.000. El diputado hizo una referencia concreta al ciudadano senegalés Alpha Pam, atendido en el centro de Salud de Can Picafort (Mallorca) y que falleció sin haber tenido un tratamiento adecuado, lo que puede considerarse consecuencia de las restricciones asistenciales derivadas de la nueva exigencia de aseguramiento.

El Sr. Llamazares se refirió también, inevitablemente, al caso Gürtel. Su grupo y otros han pedido la dimisión de la ministra por este asunto. Poco añadió el diputado. Las razones aportadas por la ministra de desconocimiento del sistema y forma de administración que hacía su pareja, no son convincentes.

Finalmente se refirió a la implantación de un "repago", o incluso "tripago", que considera que está teniendo consecuencias muy negativas para los colectivos de rentas más bajas, especialmente grupos muy numerosos de pensionistas. Esas consecuencias se traducen en la falta de adquisición y, por tanto, de uso de determinados medicamentos con su correspondiente falta de adherencia a los tratamientos. El resultado afecta claramente a su salud. A eso se ha unido, además, la desfinanciación de un importante número de medicamentos que, al tener que pagarse ahora en su totalidad, también son dejados de consumir por razones económicas con sus correspondientes consecuencias de menor bienestar y mayor riesgo y posibles gastos superiores, por agravamiento de procesos crónicos cada día más frecuentes derivados del envejecimiento.

Hasta aquí las principales razones para considerar que la Sra. Mato no es la adecuada para seguir dirigiendo tan importantes responsabilidades en el gobierno, como son todas las relacionadas con la sanidad y salud del conjunto de la población.

Posteriormente intervinieron los portavoces de los grupos que lo consideraron conveniente. Sólo me voy a referir a las intervenciones de los portavoces del PSOE, José Martínez Olmos, y del PP, Manuel Cervera.

El Sr. Martínez Olmos, en nombre del grupo socialista, intervino adhiriéndose a la proposición de IU. Sus planteamientos, con algunos matices formales, fueron coincidentes con esas tres líneas de crítica en las que se basaba la reprobación. A lo largo de este casi año y medio de gestión de la Sra. Mato, el portavoz citado repitió con tenacidad y datos los mismos argumentos, que nunca han sido contestados por la ministra con seriedad, ni por sus portavoces.

El Sr. Cervera, en nombre del PP, defendió con ardor el quehacer de la ministra pero en términos muy generales. La parte más detallada de su intervención se centró no tanto en aportar razones de defensa de ese quehacer, como en descalificar las razones y motivaciones de IU, por proponer la dimisión de la ministra, y del PSOE, por adherirse a dicha propuesta. En una constante en el quehacer parlamentario del PP, se refirió al gobierno del PSOE y a la participación en el mismo del Sr. Martínez Olmos, reprochando su crítica y reprobación actual, cuando no fue ese el comportamiento del PP ante el quehacer, no compartido por el PP, de la acción de los distintos ministros y ministras socialistas.

Curiosamente tanto el presidente de la Comisión, Mario Mingo, como los portavoces de IU, PSOE y PP son médicos. Ahí queda como dato y que cada cual saque sus conclusiones.

Se podían añadir más detalles de la sesión pero están recogidos en las actas del Congreso para el que desee profundizar en ellos.

Comentarios

En cambio, sí parece adecuado algún comentario a lo que significa políticamente una reprobación y en concreto esta.

Hace poco más de un año que, de forma unilateral y con una rapidez inusual en una decisión de gobierno de envergadura, un equipo ministerial con escasa experiencia acreditada en responsabilidades sanitarias en su mayor parte, encabezado por una ministra totalmente nueva en la materia, afrontó un cambio radical en el modelo consolidado de sanidad pública española. Definido por la Ley General de Sanidad que, en 1986, optó por un modelo de Sistema Nacional de Salud (SNS) y que, con más de 25 años, no ha sido en ningún momento puesto en cuestión abiertamente por ningún partido, habiendo gobernado en este largo periodo unos y otros en el conjunto de España y en los gobiernos de las distintas CCAA.

Un SNS que presenta sin duda defectos y que precisa por ello reformas importantes. Que ha experimentado incrementos importantes de gasto, especialmente desde la consolidación de las transferencias al conjunto de CCAA, a pesar de lo cual ha mantenido dicho gasto en relación al PIB en valores inferiores a los sistemas aplicados en los países de nuestro entorno, con niveles de calidad muy razonables y en muchos casos superiores, y que ha mantenido hasta ahora los principios básicos en los que se apoya: la universalidad, la equidad en el acceso, una prácticamente total financiación a través de los impuestos y con unos grados de cobertura y cohesión satisfactorios, pero mejorables, lo que demanda cada día una mayor y más ordenada coordinación. Ese es el modelo que no anunció cambiar el PP en su programa electoral. Y el 20 de abril de 2012 a los cuatro meses de gobierno lo revisa en profundidad, sustituye la universalidad por el aseguramiento y la gratuidad la deja en suspenso al introducir de forma generalizada el copago, al menos en algunas de las prestaciones básicas, especialmente en el área farmacéutica, que se ha traducido desde su aplicación en una duplicación de la aportación de los pacientes. Ese copago se extiende a otras prestaciones importantes que se han ido incorporando a lo largo del año. La cartera de prestaciones se redefine y a las básicas se unen las complementarias, que serán desarrolladas y que conllevarán con seguridad nuevos y, para muchos, insostenibles sistemas de copago.

El sistema en cuatro meses dejó de ser universal y gratuito. Y para eso no se convocó a ningún grupo de expertos. Se hizo de forma radical y unilateral. Y, lo más importante, no se reconoce ni lo uno ni lo otro. No se reconoce que a más de 800.000 ciudadanos que residen en España no

se les garantiza una asistencia sanitaria integral y no se quiere reconocer la intensidad del copago que se esconde como ahorro del sistema, pareciendo que lo aportan las empresas farmacéuticas, la distribución y las oficinas de farmacia, siendo aportado en una gran parte por los pensionistas. Y además se ha abierto la puerta a su extensión a un número creciente de prestaciones y productos que irán siendo objeto de inclusión en el momento que se considere oportuno, al disponer de la cobertura que da el tan cuestionable RDL 16, que era urgente y de sostenibilidad.

Se avisó por todos los grupos políticos que la revisión del modelo sanitario, si era preciso afrontarla, no era ni en los términos del RDL ni en la manera que se hizo, y que su aplicación iba a acarrear importantes problemas para muchos ciudadanos. La opinión de la mayor parte de los profesionales sanitarios, sus colegios, sociedades y sindicatos mostraron de forma nítida su oposición al contenido y también a la forma; los ciudadanos se han movido de forma clara contra la reforma; lo empiezan a constatar cada vez con más datos y evidencias expertos en salud propios y extraños y especialmente en salud pública y calidad de vida, recientemente la encuesta IPSOS, y en cuanto a la no atención general a los inmigrantes sin papeles lo ha dicho el propio Tribunal Constitucional en un auto relacionado con el copago y la atención sanitaria en el País Vasco de una rotunda nitidez que debería inmediatamente haber hecho reflexionar al gobierno para suprimir esa tremenda discriminación que no han aplicado CCAA como Andalucía, Asturias, Navarra, País Vasco y en gran medida Castilla-León, sin que se haya tomado medida alguna ante una falta de cohesión tan señalable que, además, puede conllevar, como así parece evidenciarse en determinados casos, como el citado por el Sr. Llamazares, a situaciones irreparables que gobierno alguno debería estar dispuesto a aceptar en silencio o mirando hacia otro lado. En sanidad hay decisiones que son radicalmente injustas y dramáticas y que no pueden medirse por el número de afectados, sino por lo irreversible o por el dolor que acarrear.

Pero lo que claramente pone de manifiesto la no urgencia de la reforma contenida en el RDL 16/2012 es la cantidad de contenidos que, al cabo de 14 meses de su aprobación fulminante, siguen sin ver la luz. No se ha desarrollado la nueva cartera de servicios, lo que es de especial trascendencia; el Real Decreto que ordene el "nuevo seguro" para los excluidos y que previo pago les permitiría el acceso a todas las prestaciones ha sido informado recientemente por el Consejo de Estado; los nuevos planteamientos contemplados para la fijación de precio y reembolso de medicamentos, especialmente los innovadores, sigue debatiéndose seguramente de forma interesada para retrasar la incorporación de productos que aportan clara mejoras terapéuticas, aunque con precios inevitablemente altos; la nueva orden de precios de referencia, de la que se esperaba un ahorro de más de 400 M€ en términos anuales, después de siete meses de procelosa elaboración, ha obtenido una crítica del Consejo de Estado que retrasará aún más su aplicación. Cada mes de retraso significa un menor gasto o ahorro, según se quiera contar, de más de 30 M€ según las propias cuentas del Ministerio y de más de 40 M€ según otros expertos. Siete meses de retraso inexplicable significan 280 M€, 46.000 millones de las antiguas pesetas como le gusta decir al Sr. Rajoy. Para esto no parece que tengan prisa porque no afecta directamente a lo que aportan los usuarios, afecta a la parte empresarial a la que ya han castigado bastante, y así dejan unos meses de seguir acosando. Pero en todo caso no es un alarde de eficiencia de la que tanto presume la Sra. Mato en la administración de lo público, alejada como está de la gestión, información y administración de su patrimonio e intendencia privada.

Son otras muchas cosas del RDL 16/2012 las que no se han desarrollado y que harían muy largo su enumeración y comentario. Sólo la muestra anterior pone de manifiesto que nunca se trató de una decisión de urgencia, sino de dejar explicitado que se está por otro modelo y que era preciso

dejarlo unilateralmente claro desde el primer momento. De ahí el desacuerdo y la reprobación a la que ayuda la falta de liderazgo de la ministra, como se pone de manifiesto especialmente en todo lo relacionado con el cada día más lamentable espectáculo de la sanidad madrileña. Sólo recordar el énfasis que puso la ministra en la crítica a la injustificable tolerancia del anterior gobierno con el nunca bien explicado turismo sanitario, al que parece quieren dedicarse para completar el negocio, alguno de los grupos que concursan a la gestión privada de hospitales públicos en la comunidad madrileña, sin que ahora la Sra. Mato haya dado su opinión sobre dicho objetivo de negocio.

Premios Fundación Lilly

Como se ha comentado, esa misma tarde la Sra. Mato presidió un acto en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas en el que la Fundación Lilly entregaba sus ya muy reconocidos premios a la investigación clínica y preclínica. Premios de alto reconocimiento, valoración y recompensa. Ya son 11 años consecutivos y 22 premiados los que avalan el proyecto.

La empresa americana lleva muchos años apostando por España. Su planta de Alcobendas es muy importante, no solo en el conjunto de la compañía sino en la producción farmacéutica nacional, a la que ayuda de forma notable en su balanza comercial. Además de mantener e incrementar su producción industrial por su buen hacer frente a una planta alemana, actividad que tanto se ha abandonado en España en los últimos años, la empresa ha optado por invertir decididamente por la I+D+i y ahí están sus resultados, esa apuesta se completa y complementa con los premios hoy comentados, dirigidos a resaltar la labor de centros y profesionales españoles en las áreas biomédicas clínicas y preclínicas y que en esta ocasión han recaído en los doctores Jaime Bosch Genover, por su investigación en enfermedades hepáticas, y Andrés Moya Simarro por sus trabajos relacionados con "Ciencia y simbiosis: retos y logros".

Ambos doctores, el primero en medicina y que desempeña su trabajo en el hospital clínico de Barcelona, y el segundo en Biología y Filosofía en el CIBER de Salud Pública de Valencia, dieron una breve y magistral lección en la que resumieron sus premiados trabajos a la vez que aprovecharon para hacer una reflexión sobre lo que significa la investigación en este campo de la biomedicina y su efecto traslacional al conjunto de la sociedad y especialmente a determinados pacientes directamente afectados por sus avances, descubrimientos y orientaciones. Ambos premiados poseen una trayectoria impecable de trabajo, curiosidad, esfuerzo, tenacidad y excelencia. Ambos han estado formándose en universidades americanas y del Reino Unido, ambos han patentado innovaciones relacionadas con sus investigaciones.

Y se dijeron muchas cosas. Se dijo que apoyar la I+D+i es apostar por la competitividad es atraer recursos y que ello no es suficiente, porque hay que mantenerlos y hay que consolidarlos. Que cada día la I+D está más unida a la globalización y que hay que entenderla en lo que tiene de ciclo largo, con riesgo, que exige políticas predecibles y atractivas. Se dijo que es muy grave perder talento, porque su reposición se mide en generaciones. Ambos científicos lamentaron la pérdida en sus equipos de jóvenes muy formados, que se van a buscar otros proyectos y no con la voluntad de volver, sino de sobrevivir en el mundo apasionante de la investigación allá donde tengan cabida. Los premiados en su día se fueron para incrementar su especialización y volver a España con el deseo y sentimiento de devolver el esfuerzo que con ellos el país había hecho. Ahora no parece ser el caso. Se dijo también, que si importante es la técnica aún lo es más su racionalización, que es lo que hace la ciencia. Se dijo que nosotros llevamos 30 escasos años de progreso científico moderno cuando el Reino Unido lleva 300 y por ello no podemos perder ni un

momento ni un talento. Se dijo que es preciso creer y apostar por un crecimiento económico basado en el conocimiento. No hay otro realista.

Y en este entorno de rigor, de excelencia, de reflexión, de apuesta por el futuro, cerró el acto, "como no podía ser de otra manera", la ministra Mato, que acababa de no ser reprobada en el Parlamento por su mayoría, donde se utilizaron argumentos y palabras mucho menos alentadoras. Palabras de confrontación, de descalificación, del "y tu más", de posiciones dialécticas duras y destempladas como corresponde a cualquier enfrentamiento radical. Y la ministra buscó palabras amables, de agradecimiento y de reconocimiento. Y habló de la lealtad institucional; de la apuesta por el tejido industrial y por la I+D; de la confianza en España que Lilly demostraba, y de las claras y decididas políticas de apuesta del Gobierno por los jóvenes talentos y los esfuerzos que buscan su permanencia en España. Y citó como ejemplo al Instituto Carlos III, su presupuesto, sus proyectos, y todo ello con números. Y también habló de la transparencia y de los emprendedores y de los incentivos fiscales a la I+D, y del Banco Europeo de Inversiones. Dijo que nos queda un largo camino, pero que se está enfrentando con decisión y sobre todo en el campo sanitario, apostando día a día por la viabilidad del SNS. Finalizó su intervención pidiendo una vez más un pacto por la sanidad que debería tener el respaldo de todos los agentes que forman parte del mismo.

Un poco más hacia el centro de Madrid, algunos de los llamados al pacto, utilizaban palabras muy distintas como se ha indicado. Es difícil en este clima encontrar ese deseado y seguramente necesario pacto para una prestación tan básica como la sanitaria. Las posiciones unilaterales dejan poco espacio para el acuerdo. Los cambios de modelo no negociados y además no asumidos hacen difícil el necesario diálogo. El no reconocimiento mutuo de los interlocutores hace imposible el acercamiento.

Así pues, tarde de palabras en la primavera madrileña, en la casa de la ciencia y en la de la política, con la misma protagonista vista de muy diferente manera, en mundos distintos de lo que debería ser la misma realidad: la complejidad y riqueza del SNS y la apuesta real y sincera por su viabilidad. Palabras y más palabras.

Fernando Magro, entre otros altos cargos ocupados en la Administración General del Estado, fue responsable del Insalud cuando se elaboró la Ley General de Sanidad

La encrucijada de la jubilación

*Manuel Gómez Benito**

Coincidiendo con su jubilación, el autor se queja de la obligatoria retirada del servicio activo de muchos colegas en plenitud de facultades sólo por razones económicas, y aboga por una política de ahorro más racional.

Los médicos que comenzamos a ejercer en los 70 hemos vivido situaciones cambiantes a lo largo de nuestra carrera, adaptándonos a las necesidades que la Sanidad exigía, que cubríamos con vocación, no exenta de sacrificios, y con la formación de universitarios médicos. Era una época en la que surgía la sanidad hospitalaria y ambulatoria. A ella nos incorporábamos con conocimientos sólidos, adquiridos en las escuelas de especialización, cuyas titulaciones avalaban nuestra condición. Empezaba a surgir la sanidad en España en todos sus frentes, la misma que hemos llevado a cotas que se consideran hoy de las más altas del mundo.

El cambio de la jubilación es impactante y hasta que no llega no se valora en sus justos términos, pero nos permite ver el pasado y futuro de manera más real. Ya jubilados, nos damos cuenta de que hemos dejado de contar para los demás, que todo el bagaje de nuestra labor se difumina en unos segundos. Una profesión que empezó siendo liberal, se ha socializado en exceso y se ha convertido, en muchos casos, en lo que nos hemos empeñado o se han empeñado en catalogar en exclusiva como actividad pública, quitándole a la Medicina (con mayúsculas) el carácter que tiene de personalísima, de relación médico-enfermo. Ambos, como actores principales, desempeñamos nuestra función en un escenario que es o debe ser la sanidad. La sanidad pública y la privada llegarán por sí mismas a convivir. Se llegarán a encontrar y lo harán -ya lo hacen- abiertamente, sin ocultarlo, como ahora parece que se pretende, porque se necesitan de manera cada vez más evidente. Su eficacia está demostrada y sanidad y medicina eficientes se defienden solas. Ésta es la única razón por la que nos hemos preparado: ser eficientes en nuestro trabajo, se haga desde cualquier despacho, consulta o quirófano donde el médico se desenvuelva haciendo medicina, docencia e investigación. Dudamos de que los nuevos modelos de gestión de los que se habla vayan a ser positivos, con presupuestos reducidos y gerencias con miras fundamentalmente economicistas. En este momento, al llegar la desconexión de manera brusca, súbita casi, se sufre la tristeza que nos invade. Después de todo lo vivido y aceptado -diversificación, aleatoria a veces, innecesaria otras; clasificaciones, grupos y categorías -, superado con altura de miras, hemos cumplido, hasta que desconsideradamente se nos ha dicho: "Ahí os quedáis".

A profesionales que hemos cumplido en un altísimo porcentaje, a fondo y hasta el final, con nuestro trabajo, nos produce escalofrío sólo pensar en el elevado número, funciones y coste-efectividad de otros sectores del personal de la Administración. Hemos recibido órdenes injustas, decretos y/o leyes que nos han mantenido en una inestabilidad laboral que obligaba a un sobreesfuerzo para cumplir con el nivel que nos autoimpusimos cuando nos comprometimos a alcanzar la meta de la que hoy estamos orgullosos. Comprendemos que explicar esto a una sociedad que nos vigila igual que nos admira sea difícil de entender. Parafraseando al primer arqueólogo que se refirió a la belleza de Nefertiti (que pude comprobar hace unos días en el museo donde se expone tan bella figura), "vano es describirla, hay que verla". A nosotros también nos es difícil describir los errores de nuestra época, y muchas veces hemos preferido ocultarlos para no dañar nuestra también hermosa profesión. Siento tristeza y decepción por mis compañeros, que, con edades tempranísimas, serían competentes médicos y han sido retirados, recluidos al ostracismo, cuando eran absolutamente válidos. Sí, con nosotros se ha confundido valor y precio; a mayor valor, menor precio. A nuestro ya disminuido sueldo se ha unido lo más doloroso: no se ha dado valor a nuestra difícil y humanitaria profesión, a nuestra ética y deontológica manera de comportarnos. Se ha desperdiciado una experiencia asistencial y docente de un valor incalculable.

GASTOS IMPRODUCTIVOS

Ya sabemos que somos un país pobre, que las condiciones económicas son las peores, pero había que haberse desprendido antes de lo que todos sabemos: haber evitado otros gastos, improductivos y que lastran. No sirven demagogias ni tergiversación del lenguaje. Ya somos adultos, formados. No se rejuvenecen plantillas prescindiendo de médicos jóvenes de 65, 66 ó 67 años, que, si no son imprescindibles (nadie lo es), sí eran necesarios. Sabemos discernir y sabemos claramente que no somos viejos a retirar por el mercado vil del dinero para luego proponer que tengamos un envejecimiento activo invitándote a trabajar en la privada, prescindiendo del 50 por ciento de tu ya exigua pensión. Pero seguimos siendo serios, formados, útiles como líderes de opinión, y referentes para una sociedad a la que demostraremos, una vez

más, criterio, disposición de ayuda, altruismo y humanismo. Sin duda, la colegiación -y el control que ésta supone- nos ha ayudado, y seguirá siendo fundamental para mantenernos unidos, con espíritu de cuerpo, de clase médica, de independencia a mantener a ultranza, defendiéndonos de órganos y organismos a los que les hubiera gustado vernos débiles. Siento este lamento en cuanto al trato, pero también la satisfacción del deber cumplido, aunque inconcluso. El entendimiento y concordia se han trocado en sorpresa, desconcierto y desilusión. No renunciaremos a inculcar nuestros valores, porque no hemos dudado nunca de nuestros principios y serán nuestros hijos los herederos del legado de ética y esfuerzo puestos al servicio del país y de toda la sociedad que ahora, en cierto modo alarmada, irá comprobando que nuestros sucesores, alumnos aventajados nuestros, son ya más que capaces de curar al hombre enfermo y de transmitir sus conocimientos a los siguientes. Unos y otros se ocuparán de demostrar que no son responsabilidad nuestra las deficiencias de un sistema sanitario que siempre debió ser único y centralizado, y que siempre debió tenernos como pilar fundamental.

Mostremos el talante y el estilo de vida que siempre nos ha caracterizado.

* **Presidente del Colegio de Salamanca**

Por Ley

ECOS Y COMENTARIOS

El tribunal de jurado

Por Ricardo De Lorenzo

La elección del jurado ha abierto este lunes la primera sesión del juicio contra José Bretón, que se enfrenta a una pena de 40 años por el supuesto asesinato de sus dos hijos, Ruth y José, de 6 y 2 años, en octubre de 2011 en Córdoba. Siete mujeres y dos hombres, más otros dos varones como suplentes, serán los encargados de dirimir si la muerte de los pequeños fue el "macabro plan" ideado por el exmilitar para vengarse de que su esposa se había separado, como afirma el fiscal.

El Tribunal de Jurado vuelve a poner encima de la mesa el debate sobre la pertinencia de esta institución en nuestra justicia penal, pese a estar consagrada claramente en el artículo 125 de la Constitución española de 1978. Debate recurrente, sin duda, pues ya lo plantearon en su momento casos semejantes. Recordemos simplemente el "caso Camps" (absolución del delito de cohecho impropio), el "caso Otegi" (absolución del asesinato de dos ertzainas), el "caso Wanninkhof" (condena a Dolores Vázquez por un asesinato cometido por otra persona), el "caso Tous" (absolución a Lluís Corominas tras haber disparado mortalmente a un ladrón que pretendía entrar en su casa), o, incluso fuera de nuestras fronteras, el famoso "caso Simpson" (absolución del conocido futbolista profesional de raza negra por el asesinato de su mujer y de otra persona).

Pues bien, en nuestro sector, el delito de omisión del deber de socorro específicamente sanitario se atribuye para su conocimiento también al Tribunal de Jurado, a cuyos miembros sólo se les exigirá saber leer y escribir, demandándoseles, no una respuesta sobre la verdad o no de los hechos de la acusación, sino un juicio sobre la culpabilidad, cuando incluso para los juristas es

requerida una alta especialización profesional dadas las múltiples dificultades técnicas de aplicación, como ahora veremos.

Dentro de la clasificación de las infracciones penales en delitos de acción en sentido estricto, (en los que la conducta castigada consiste en hacer algo, en un movimiento corporal que infringe una Ley prohibitiva), delitos de omisión pura (en los que se castiga un no hacer, con lo que se infringe una Ley preceptiva, que obliga a hacer algo) y delitos de comisión por omisión (en los que se combinan los dos anteriores, pues se castiga un no hacer, que infringe una Ley preceptiva que requiere una conducta, pero a través de esta omisión se produce un resultado prohibido por una Ley), el delito de omisión del deber de socorro se considera como un delito de omisión pura. En este sentido, se castiga el incumplimiento de un deber especialmente importante como para ser objeto de protección penal.

Sin embargo el artículo 196 del Código Penal contempla un deber de socorro más específico, puesto que el culpable ha de estar obligado a prestar asistencia sanitaria, por su condición de profesional. En consecuencia, la obligación de actuar derivará de una relación de esa especie o de las normas rectoras de la profesión, en este caso de Médico, y este es el caso que comienza a verse con una cierta frecuencia y por eso al hilo de la noticia inicial, requiere nuestra atención. Además, el sujeto pasivo no necesariamente tiene que estar desamparado y en peligro manifiesto y grave, sino que el riesgo es precisamente el resultado de la denegación o abandono, es decir, de la conducta típica.

Y, por último, ésta no ha de ser cualquier negativa, sino la denegación de la asistencia o el abandono del servicio. Todas estas diferencias aproximan en mayor medida el delito de omisión de socorro sanitario a los delitos de comisión por omisión, si no fuera porque, en ellos, se requiere que la omisión cause un resultado prohibido por el ordenamiento jurídico.

Pero los restantes requisitos de la comisión por omisión se cumplen: la no evitación del resultado deriva de un especial deber jurídico del autor tanto exista una obligación legal o contractual de actuar –denegación de asistencia estando obligado a ello- como si deriva de una acción u omisión precedente creadora de riesgo para el bien jurídicamente protegido –abandono de la asistencia sanitaria-.

Y, por último, el bien jurídico protegido no es cualquiera, o no lo es sólo el derecho-deber de mutua asistencia correlativo a los deberes del hombre en sociedad, la solidaridad humana o la seguridad pública, sino la salud de las personas.

En definitiva, el delito de omisión de socorro específicamente sanitario se fundamenta en la previa asunción voluntaria de una obligación de asistencia que se incumple. La conducta típica puede revestir dos modalidades: la denegación de asistencia sanitaria y el abandono de los servicios sanitarios. El delito se consuma desde el mismo momento en que se deniegue el auxilio o se abandonen los servicios pero, además de la existencia de una obligación de prestar asistencia, es necesario que de la omisión se derive un riesgo grave para la salud de las personas.

Ello lleva a discutir la atribución al Tribunal del Jurado de los delitos de omisión del deber de socorro, especialmente, con todas las dificultades jurídicas y prácticas que ello comporta. A este respecto, el Jurado, así como es muy generoso para absolver en determinados delitos, en cambio es muy estricto cuando juzga delitos imprudentes o de omisión, sin que esta objeción pueda quedar salvada por el hecho de que el Jurado no sea competente para establecer indemnizaciones.

En mi opinión y al margen de valoraciones generales sobre la institución del Tribunal de Jurado, que tampoco son buenas, pienso que la atribución en el sector sanitario del comentado delito de Omisión de socorro, es un delito no apropiado para el jurado porque tiene muchas dificultades técnicas de aplicación y ojalá en las reformas que se efectúen en nuestro Código Penal pueda promoverse su desaparición en cuanto a su atribución, del Código Penal.

La implicación del médico garantiza la sostenibilidad del SNS, pero ¿hasta cuándo?

Por Vicente Matas Aguilera, coordinador del Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada

La profesionalidad, la dedicación y la implicación que el médico tiene con el paciente y el Sistema Nacional de Salud están consiguiendo que la sanidad en España sea sostenible, de muy buena calidad y una de las más eficientes a nivel mundial. **Ser médico es una vocación y la Administración lo sabe y lo usa contra el médico.**

Ser médico en España significa un **tremendo esfuerzo** que comienza en la enseñanza primaria y no termina nunca. La nota para acceder a los estudios de medicina, un año tras otro es la mayor de todas las titulaciones de nuestra universidad. Seis largos años de estudios universitarios, la licenciatura, grado o master de mayor duración. Un año de preparación de la oposición para acceder a la formación del sistema MIR y entre tres y cinco años de formación como MIR. En total **entre diez y doce años de formación y una edad de 28-30 años** para poder estar en condiciones de ejercer la profesión.

A la hora de trabajar se le exige una jornada y dedicación extraordinaria, que no tienen equivalente en el resto de empleados públicos: la jornada ordinaria es igual que el resto de empleados públicos (37,5 horas). Además, se le exige de forma extraordinaria una jornada complementaria hasta completar 48 horas semanales, es obligatoria y se abona a precio inferior a la hora ordinaria y una jornada especial de hasta 150 horas al año (voluntaria). Es un esfuerzo muy importante y en la mayoría de los casos sin reflejo en las cotizaciones sociales, ni computo como tiempo de trabajo a efectos de jubilación.

Día a día se le exige una **alta responsabilidad profesional** que se traduce en: responsabilidad civil y penal, cada acto médico lleva aparejado el riesgo de ser demandado civilmente o imputado penalmente y la responsabilidad ética implica que cada acto se debe realizar de acuerdo con el código ético de la profesión. Este alto nivel de responsabilidad asumida y exigida es la causa de que los seguros de responsabilidad civil sean cada vez más caros para la profesión.

Pocas profesiones o quizás ninguna tienen el **nivel de exigencia de formación continua** y permanente, que viene dada por la rápida evolución y mejora de la medicina día a día. Es una obligación ética y legal (art. 33 LOPS) que no termina nunca. Los Servicios de Salud generalmente no facilitan el tiempo necesario para esta formación obligatoria y no computan el tiempo libre que el médico dedica a formación. Más del 69 por ciento de los médicos

encuestados por el Centro Estudios SIMEG (2.860) dedican más de 5 horas semanales a formación en tiempo libre.

Las **condiciones laborales** en muchísimas ocasiones no son las idóneas para el ejercicio de una profesión con tan alto nivel de responsabilidad y exigencia, la profesión se ejerce en condiciones de falta de tiempo y masificación en las consultas. El gran número de horas de trabajo y el alto ritmo de trabajo lleva a los médicos al agotamiento físico y mental. El médico en el ejercicio de su profesión está sometido a todo tipo de riesgos (biológicos, químicos, físicos, psico-sociales...) y todo ello junto a la falta de tiempo, el ritmo de trabajo y las interminables jornadas conducen al estrés.

Sin embargo los médicos tienen un **absentismo laboral muy bajo**, el más bajo de los profesionales sanitarios hasta tal punto que hay categorías que lo triplican, y sin embargo cuando enferman son la categoría que más salario pierde, proporcionalmente el doble o el triple que otras categorías. Tanto esfuerzo y dedicación recibe el **reconocimiento de los españoles** (en todos los grupos de edad) que consideran a los médicos como los profesionales mejor valorados, seguidos a distancia por los profesores. Y la Administración **¿reconoce el esfuerzo y dedicación de los médicos?**

Bueno veamos que está sucediendo con los médicos en esta crisis y podremos juzgar el trato que reciben los médicos de las diferentes administraciones. El gobierno de España ha **incrementado la jornada laboral hasta las 37,5 horas/semanales**, esto ha supuesto para los médicos un agravio comparativo, traducido en un **recorte adicional de sueldo** al dejar de pagar horas de guardia, en otros casos incrementos de jornada por las tardes o sábados, en contadas ocasiones un incremento de media hora al día que ha sido la aplicación más extendida en el resto de categorías y empleados públicos.

Los **recortes presupuestarios** han supuesto la casi total **desaparición de las sustituciones**, con el consiguiente incremento de la carga de trabajo por la acumulación del trabajo de los compañeros ausentes, **tampoco se cubren la gran mayoría de las jubilaciones de médicos**, muchos **contratos de eventuales** no se han renovado y muchos de los que se mantienen lo hacen al 75 o 50 por ciento de la jornada, pero casi siempre con la misma agenda, es decir menos jornada, menos sueldo pero los mismos pacientes, el mismo trabajo en menos tiempo...

Los **recortes directos en las nóminas** comenzaron en 2010 con bajadas superiores al 8-9 por ciento para los médicos (incluidos los MIR), en 2011 siguieron con la congelación de los sueldos, también en 2012 en que se sumó la pérdida de la extra de diciembre, pero en muchos Servicios de Salud hubo recortes adicionales: pérdida del 10 por ciento o más en las guardias y otros complementos, recorte de hasta el 50 por ciento en la carrera... supresión para la mayoría de una o más guardias a la semana, se han dejado de abonar los acúmulos, peonadas y muchas productividades. **En resumen han existido recortes directos que en muchos casos han superado ampliamente el 20-25 por ciento del salario del año 2009.**

Se ha soportado desde 2012 el recargo en el IRPF va por tramos y **tiene carácter progresivo**, esto quiere decir que cuantos mayores sean los ingresos mayor es el porcentaje de recargo, que va desde el 0,75 al 7 por ciento. Recordemos que los que tienen mayores ingresos –sobre todo por nómina- ya soportan porcentajes muy superiores en las retenciones de IRPF, no es una cuestión que comience ahora a aplicarse.

Durante este tiempo la inflación ha continuado su ascenso y con ello la pérdida de poder adquisitivo aumenta, la variación del Índice General Nacional según el sistema IPC base 2011 desde **enero de 2010 hasta diciembre de 2012 ha sido del 9,6 por ciento. El IVA se ha incrementado en dos ocasiones y ha pasado del 16 al 21 por ciento el tramo general y también se han incrementado todo tipo de tasas e impuestos locales.**

Mención especial merecen las guardias médicas que son obligatorias y con ellas se mantiene la continuidad asistencial en el SNS, **el importe neto por hora que llega al médico resulta ridículo**, pues en muchos casos supera levemente los 10 euros/hora y en algún caso ni siquiera llega a este importe. Puede darse la paradoja de que si para realizar la guardia, es necesario contratar a alguien que cuide de los hijos, muy posiblemente **al médico le cueste el dinero trabajar** esas horas "extras".

En definitiva se van acumulando los diferentes recortes y la pérdida de poder adquisitivo para la mayoría de los médicos supera el 35 por ciento entre los años 2009 y 2012. Mientras tanto para los **altos cargos** del Gobierno de España, diputados, senadores y de forma parecida los de las Comunidades Autónomas, los **recortes totales** son más simples y proporcionalmente más reducidos (entre el 12 y el 21 por ciento).

Y lo peor es que todos estos recortes ya están causando graves repercusiones en la asistencia sanitaria, las listas de espera se están incrementando peligrosamente y el descontento y desmotivación entre los médicos está llegando a ser insostenible. Si en algún momento los médicos tiran la toalla y no siguen haciendo mucho más de lo que es su obligación y se les puede exigir, el SNS será insostenible de un día para otro. **Basta ya de trato discriminatorio.**

NOTICIAS GENERALES

ACTA  SANITARIA

AMYTS denuncia al presidente de la Comunidad de Madrid, Ignacio González, por calumnias e injurias

La Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid (AMYTS) ha presentado en los Juzgados de Primera Instancia de Madrid, la solicitud de acto de conciliación previo a la querrela criminal contra el presidente de la Comunidad de Madrid, Ignacio González, por haber acusado a esta asociación de "matonismo y extorsión", mostrando su clara intención de calumniar y hacer daño.

De acuerdo con la información facilitada por el sindicato médico, el presidente de la Comunidad de Madrid hizo estas declaraciones a los medios de comunicación el pasado 12 de junio, y fueron fielmente grabadas por Televisión Española (TVE) que las reprodujo en el Informativo de Madrid emitido a partir de las 16 horas de dicho día. AMYTS había anunciado durante la mañana que presentaría un recurso contencioso administrativo contra la totalidad de los pliegos para la privatización de la gestión de seis hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, y que además solicitaría la suspensión cautelar de los concursos para evitar daños irreparables a los 5.200

profesionales sanitarios afectados. El Sr. González señaló textualmente a los medios de comunicación presentes: "Estamos en una Comunidad que todo el mundo sabe que es una Comunidad seria, con un sistema de gestión riguroso, donde existe la seguridad jurídica, y donde pese a todos los intentos de matonismo y extorsión de estos señores de AMYTS y del Partido Socialista, pues las empresas que han querido se han presentado a este concurso como a muchos otros".

<http://videosamyts.blogspot.com.es/2013/06/e-revista-de-amyts-n-37-avance-semanal.html>

AMYTS, sindicato mayoritario entre los facultativos de los centros sanitarios públicos de la Comunidad de Madrid, se considera plenamente legitimado para la defensa de sus afiliados, de los médicos y titulados superiores sanitarios en general y del sistema sanitario público que dichos profesionales han colaborado a construir. Para ello utiliza las herramientas habilitadas en derecho para las organizaciones sindicales, como son el diálogo en la Mesa Sectorial de Sanidad y las medidas contempladas en la Ley Orgánica de Libertad Sindical. Acusar, como ha hecho el presidente de la Comunidad de Madrid, de que AMYTS ha intentado "extorsionar" a las empresas que se presentaban al concurso para la privatización de 6 hospitales, lo cual según el Código Penal constituye un delito, es lisa y llanamente una calumnia, con la que en sus declaraciones el Sr. González ha tratado de atentar contra el honor de los miembros de AMYTS. Y el artículo 205 del Código Penal define "calumnia" como la imputación de un delito hecho con conocimiento de su falsedad y temerario desprecio hacia la verdad.

AMYTS solicitará al Sr. Ignacio González una indemnización de 48.000 euros, un euro por cada uno de los médicos de la Comunidad de Madrid, por las lesiones a su honor. El importe de esta indemnización será destinado, en su integridad, a sufragar los gastos de procedimiento contencioso administrativo abierto por dicha Asociación contra el plan de privatización de la gestión de seis hospitales públicos de la Comunidad de Madrid.

En el siguiente enlace se adjunta la demanda de acto de conciliación previa a la vía jurisdiccional penal para la interposición de la querrela:

https://docs.google.com/file/d/0B7s_E1H1NwaCV0hWZzJzR2ptWU0/edit?pli=1

Rafael Matesanz toma posesión como nuevo académico de la RANM

El "Milagro de los trasplantes: el modelo español", ha sido el título de la conferencia de del director de la ONT, Rafael Matesanz, en su toma de posesión como académico de la Real Academia Nacional de Medicina, RANM. Al acto de investidura asistieron, entre otras personalidades, la ministra de Sanidad, Ana Mato, la secretaria general de Sanidad, Pilar Farjas, y el anfitrión, Joaquín Poch, presidente de la RANM. En su discurso, Matesanz destacó el sistema español de trasplantes como "un ejemplo de coordinación" entre distintas administraciones, y un importante factor de cohesión de todo el Sistema Nacional de Salud. Asimismo, atribuyó a la existencia de una red de coordinadores intrahospitalarios, encargados de detectar posibles donantes y poner en marcha todo el proceso de donación y trasplante, la clave del éxito del modelo español.

El que los médicos dispongan de un espacio específico, el obstáculo para que el Foro Médico llegue a un acuerdo con el Ministerio

Las negociaciones entre el Ministerio de Sanidad y el Foro de la Profesión Médica se encuentran en estos momentos en un punto muerto, tras la retirada de las mismas de uno de sus componentes, Francisco Miralles, secretario general del sindicato médico CESM; el momento se considera crucial para el éxito o el fracaso del acuerdo, ya que las decisiones del Foro, para que sean vinculantes, han de tomarse por unanimidad.

Madrid 21/06/2013, Carmen Villodres

A finales del pasado mes de mayo parecía que las conversaciones entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad conducían hacia un acuerdo histórico con el Foro de la Profesión Médica, hasta que Francisco Miralles anunció la retirada del sindicato CESM de las mismas. El nudo gordiano está, según Miralles, en la falta de un compromiso explícito de los representantes del Ministerio en algunas cuestiones pero, sobre todo, en que los médicos pudieran disponer de un espacio específico en el que se puedan regir.

La decisión de CESM marca el futuro de las negociaciones

Uno de los componentes del Foro de la Profesión Médica, Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la Organización Médico Colegial (OMC), manifestó a 'Acta Sanitaria' que él podría estar de acuerdo con la reivindicación de CESM, pero que la situación les afecta en cuanto el Foro de la Profesión Médica pierde un espacio, (el de CESM), en las negociaciones con el Ministerio, ya que para que los acuerdos tengan efecto vinculante han de firmar todos los componentes del Foro, como lo hicieron constar en el documento de constitución del mismo. Rodríguez Sendín se mostró esperanzado en la solución del problema planteado, ya que "es difícil saber hasta dónde se puede llegar con esta situación y ya tendríamos que ver la luz verde o roja en esta semana".

Preguntado el secretario general del CESM, Francisco Miralles, acerca del problema, aclaró que como sindicato representa una parte importante de la profesión médica y que no existen discrepancias con los otros componentes del Foro de la Profesión Médica. Alegó Miralles que CESM no está de acuerdo con la posición del Ministerio y que es consciente de que su no participación en las conversaciones rompe la esencia del mismo, al no estar representada la parte laboral de la profesión médica.

Un consenso del 90 por ciento en las demás materias

Consideró Miralles que el tiempo se ha agotado y que no está en el ánimo de los órganos rectores de su sindicato dilatar el tema por más tiempo, puesto "que no tiene mucho sentido". Resaltó que, aunque en el Foro están representados hasta los estudiantes de medicina "como futuros médicos", el acuerdo alcanzado hasta la fecha es del 90 por ciento en las demás cuestiones. Reivindicó y resumió su postura con un "nosotros queremos nuestro propio espacio de negociación del médico, al igual los jueces tienen su propio ordenamiento y órganos rectores y no discuten sus problemas en mesas sectoriales".

Entendemos, prosiguió el secretario general de CESM, que en una profesión tan específica como la nuestra los problemas y vicisitudes que se presentan tenemos que tratarlos entre nosotros, y no sólo los temas laborales, sino cuanto afecte a la profesión en su ejercicio. Insistió en que, si el médico tiene que asumir responsabilidades, ha de tener una implicación. Necesitamos, insistió, tomar nuestras propias decisiones, "en lugar de que lo haga otro que no conoce la sanidad y que ni siquiera es médico".

Hay que recordar que en el Foro tienen representación, además de la Organización Médico Colegial (OMC) y la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas, el Consejo Nacional de Especialidades Ciencias de la Salud, la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina y el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina.

En su momento, se crearon tres grupos de trabajo, a instancias del Acuerdo Marco firmado con el Ministerio de Sanidad el 11 de febrero del presente año. Los tres grupos de trabajo están planificados en el Pacto por la Sanidad, estudio y definición de las bases del pacto por la Sanidad desde la perspectiva de los profesionales; Recursos Humanos, estudio y definición de los criterios y garantías para el desarrollo profesional y laboral; y Gestión clínica, estudio y definición de las estrategias para la implementación de la gestión clínica en los servicios sanitarios.

María J. Sáenz de Buruaga aboga por mejorar la calidad asistencial de acuerdo con los profesionales



Durante la reunión con los representantes del Foro Sanitario de Cantabria, una agrupación creada con el objetivo de velar por los intereses generales de quienes ejercen la profesión sanitaria y la defensa de los derechos de los colegiados, la vicepresidenta y consejera de Sanidad y Servicios Sociales de esta Comunidad Autónoma, María José Sáenz de Buruaga, abogó por "estrechar lazos" y alcanzar acuerdos con los profesionales del sector sanitario para, entre todos, mejorar la calidad de la asistencia que se presta a los ciudadanos. En el encuentro, Sáenz de Buruaga puso en valor la creación del Foro Sanitario, porque, dijo, "todas las iniciativas que fomentan el entendimiento y ahondan en el conocimiento mutuo y el contacto fluido son positivas para la Administración, pues redundan en el ciudadano".

BLA, BLA, BLA, BLA.....

Designados los patronos de la nueva Fundación-Instituto de Investigación

Marqués de Valdecilla

El patronato de la futura Fundación-Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla, que echará a andar después de verano, ha quedado conformado, al haber aceptado formalmente el cargo todos sus miembros en un acto presidido por la vicepresidenta y consejera de Sanidad y Servicios Sociales, María José Sáenz de Buruaga, y el rector de la Universidad de Cantabria, José Carlos Gómez Sal.

Santander 21/06/2013

De acuerdo con los Estatutos de la futura Fundación, aprobados por la Universidad de Cantabria y la Consejería de Sanidad, forman parte del Patronato como miembros natos el consejero competente en materia de Sanidad, el rector de la Universidad de Cantabria, el vicerrector competente en materia de investigación y transferencia del conocimiento, y el director gerente de Valdecilla, en este caso, María José Sáenz de Buruaga, José Carlos Gómez Sal, Ángel Pazos y César Pascual, respectivamente.

Además, aceptaron sus cargos como miembros electos la secretaria general de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Begoña Gómez del Río, y el director general de Salud Pública, José Francisco Díaz, a propuesta de la consejera; Javier León y José Antonio Riancho, por designación del rector; y Javier Crespo, Daniel Casanova y José Manuel Rabanal, a propuesta del gerente de Valdecilla.

Completan el patronato dos investigadores de reconocida competencia designadas de común acuerdo por la consejera y el rector: Luis Martínez Martínez y José Antonio Amado Señaris.

La aceptación de cargos es un paso previo a la constitución de la Fundación-Instituto de Investigación Valdecilla, que se producirá próximamente con su inscripción en el registro de fundaciones, una vez que el Consejo de Gobierno ha concedido la autorización previa.

A finales de 2012, la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales y la Universidad de Cantabria llegaron a un acuerdo para constituir esta fundación, que tiene su antecedente inmediato en el IFIMAV y que aspiran a convertir en la institución nuclear de la investigación sanitaria en la comunidad autónoma. El nuevo Instituto Valdecilla será el objeto acreditable por el Instituto de Salud Carlos III.

DIARIO MEDICOCOM

Conformado el patronato del Instituto de Valdecilla

SANTANDER REDACCIÓN

El patronato de la futura Fundación-Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla, de Santander, que echará a andar después de verano, quedó conformado ayer al haber aceptado formalmente el cargo sus miembros. Forman parte del patronato como miembros natos el consejero competente en materia de Sanidad, el rector de la Universidad de Cantabria, el vicerrector competente en materia de investigación y transferencia del conocimiento y el director gerente de Valdecilla, en este caso, María José Sáenz de Buruaga, José Carlos Gómez Sal, Ángel Pazos y César Pascual, respectivamente. Además, han aceptados sus cargos como miembros electos la secretaria general de la Consejería de Sanidad, Begoña Gómez del Río, y el director general de Salud Pública, José Francisco Díaz, a propuesta de la consejera; Javier León y José Antonio Riancho, por designación del rector, y Javier Crespo, Daniel Casanova y José Manuel Rabanal, a propuesta del gerente de Valdecilla.

ELISEO MORENO, REPRESENTANTE DE CSIF.

CSIF critica la ruptura del concierto de Muface y teme recortes en el nuevo

MADRID JOSÉ A. PLAZA

El proceso de prórroga del concierto de asistencia de Muface a sus mutualistas y beneficiarios quedó ayer roto en el Consejo General de la mutualidad, según denunció el sindicato CSIF. Tal y como adelantó DM, fuentes cercanas a la mutualidad ya habían adelantado que las gestiones para aprobar un nuevo concierto estaban en marcha. Ayer todo se precipitó. El concierto, cuyo expediente de prórroga hasta 2014 se estaba tramitando por parte del Estado con las entidades de seguro, quedó roto: "Obligaba a Muface a subir la prima al menos un 1,5 por ciento, lo que daba seguridad al mantenimiento del modelo, pero este compromiso saltó ayer por los aires de manera sorpresiva", señaló el sindicato en un comunicado.

"DECISIÓN UNILATERAL"

DM habló ayer con Eliseo Moreno, representante de CSIF: "Fue la semana pasada cuando se comunicó a las aseguradoras que no se activaría la prórroga del concierto: ha sido una decisión unilateral que se ha tomado sin contar con nadie". Así, Muface, Mugeju e Isfas, señala el comunicado, "han decidido dar por concluido, de manera unilateral, el concierto vigente con las aseguradoras sanitarias privadas". La ruptura supone la redacción de un nuevo concierto, en el que, según CSIF, "se congelará la prima actual", una circunstancia que supondrá "un nuevo hándicap sobre el modelo Muface". Moreno no duda de que la prima ha sido la única causante

El sindicato cree que la prima, que Muface debía subir al menos un 1,5 %, ha sido la causante de la ruptura: "Se congelará en el nuevo convenio"

de que no se prorrogara el concierto: "El Gobierno ha cortado el grifo".

El sindicato vigilará que este proceso "no afecte a la calidad de la asistencia, ni suponga un nuevo recorte sobre las prestaciones que reciben los funcionarios". Su exigencia es "la continuidad del concierto en los términos en que estaba planteado". Moreno duda del futuro a corto plazo de Muface: "No digo que vaya a morir el modelo, pero queda en entredicho".



El Foro de la Profesión Médica decidirá en breve si pacta con el Ministerio

Cinco meses después de firmar el convenio marco de **negociación**, esta no aflora cuando se sientan los **médicos** y el **Ministerio de Sanidad** en la misma mesa. O al menos con las condiciones que busca el **Foro de la Profesión Médica**. El apretón de manos no llega **aunque ambas partes sigan esforzándose** en llegar al quórum. No hay reuniones presenciales, pero sí **“contactos”**. Unos



miembros del Foro ven el acuerdo manifiestamente improbable, como es el caso de **Confederación Estatal de Sindicatos Médicos**. Otros... No se sabe. Parece ser que de aquí a su próxima reunión ordinaria, en los **primeros días de julio**, se sabrá si el diálogo con las autoridades sanitarias ha llegado a buen puerto...

FUNCIONARÁ TRAS EL VERANO

Constituido el patronato de la nueva Fundación-Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla



César Pascual y José Carlos Gómez Sal, entre sus miembros natos

Redacción. Santander

El patronato de la futura Fundación-Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla, que echará a andar después de verano, ha quedado conformado hoy, al haber aceptado formalmente el cargo todos sus miembros en un acto presidido por la vicepresidenta y consejera de Sanidad y Servicios Sociales, María José Sáenz de Buruaga, y el rector de la Universidad de Cantabria, José Carlos Gómez Sal.

De acuerdo con los Estatutos de la futura Fundación, aprobados por la Universidad de Cantabria y la Consejería de Sanidad, forman parte del Patronato como miembros natos el consejero competente en materia de Sanidad, el rector de la Universidad de Cantabria, el vicerrector competente en materia de investigación y transferencia del conocimiento, y el director gerente de Valdecilla, en este caso, María José Sáenz de Buruaga, José Carlos Gómez Sal, Ángel Pazos y César Pascual, respectivamente.

Además, han aceptados sus cargos como miembros electos la secretaria general de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Begoña Gómez del Río, y el director general de Salud Pública, José Francisco Díaz, a propuesta de la consejera; Javier León y José Antonio Riancho, por designación del rector; y Javier Crespo, Daniel Casanova y José Manuel Rabanal, a propuesta del gerente de Valdecilla.

Completan el patronato dos investigadores de reconocida competencia designadas de común acuerdo por la consejera y el rector: Luis Martínez Martínez y José Antonio Amado Señaris.

La aceptación de cargos es un paso previo a la constitución de la Fundación-Instituto de Investigación Valdecilla, que se producirá próximamente con su inscripción en el registro de fundaciones, una vez que el Consejo de Gobierno ha concedido la autorización previa.

OCIO Y ENTRETENIMIENTO

SALA DE ESPERA

El complejo cerebro de la mujer

Un equipo de científicos alemanes y canadienses ha reconstruido en tres dimensiones (3D) el **cerebro de una mujer**. **El País** titula en su primera página: *El mapa de la mente humana en 3D*, y subtítulo: *La ciencia busca las bases biológicas de la cognición, el lenguaje y las emociones*.

El rotativo nacional explica que los investigadores han segmentado el encéfalo en **7.400 secciones de 20 milésimas de milímetro de espesor** para generar a partir de ellas una reconstrucción digital, con una resolución casi celular, que permite distinguir cada pequeño circuito de neuronas. El proyecto, denominado **BigBrain**, abre una vía para entender las bases neurobiológicas de la cognición, el lenguaje y las emociones, investigar enfermedades y desarrollar fármacos.

En **Castilla y León**, la edición segoviana de **El Norte de Castilla** abre hoy con el siguiente titular: *El Hospital de Segovia cierra durante el verano un ala de cirugía con 36 camas*. Asimismo, subtítulo: *El Ayuntamiento da luz verde al aparcamiento de pago en el complejo*.

Según la cabecera local, la **Consejería de Sanidad** ha decidido cerrar durante el verano un ala de cirugía, que equivale a prescindir de 36 camas, en el Hospital General de Segovia. Las unidades de **Urología y Hematología** mantienen plazas flotantes en función de la demanda. Por otra parte, pagar por estacionar en el parking del **Complejo Asistencial** está cada vez más cerca, después de que el **Ayuntamiento** haya apoyado la novedad del aparcamiento.