

INFORMACION DEL SMC



Recobremos el placer de ser médicos



Boletín Informativo SMC-CESM

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



MEDICOS

que defienden a los

MEDICOS

OPINIONES

Las apariencias engañan

Basándose en dos trabajos distintos y en un deseo de poner las cosas en su sitio, el analista trata de ofrecer una imagen de nuestro Sistema Nacional de Salud mejor de la que pintan encuestas internas y comentarios externos; en el caso interno, por exceso de pesimismo, y, en el caso externo, porque no hay punto de comparación.

25/06/2013, Alberto Berguer

Sin ánimo de ser ni mínimamente patriota, es evidente que cuando se nos critica desde fuera tendemos a protegernos de lo externo, aunque ello suponga un enroque, del que se benefician los que a diario sufren nuestras críticas e incluso algunos aprovechan para creer que eso les da fuerza en sus posturas. Esto es aplicable en múltiples facetas socio-políticas, como las que deseo comentar de índole sanitaria.

En primer lugar quiero hacer una reflexión sobre la encuesta realizada por la compañía Global @advisor de Ipsos, dedicada a la investigación de mercados, en la que dice que, de quince países estudiados, los españoles son los que peor concepción tienen del empeoramiento del Sistema Nacional de Salud en los últimos cinco años. Lo curioso es que, entre esos países, se encuentran Polonia, Argentina o Hungría, cuya Sanidad Pública está a "años luz" de la nuestra. No hay duda que en estos últimos tiempos nuestra Sanidad ha estado en primera plana del debate social: reducción de salarios a los trabajadores, reducción de plantillas, falta de inversiones y equipamientos, recortes en farmacia, etc. Todos estos conceptos han dado como resultado críticas, protestas, movilizaciones e incluso huelgas, lo que ha supuesto suspensión de intervenciones quirúrgicas y consultas, en cifras de miles, lo que el ciudadano ha percibido como que esto va de mal en peor.

Unas CC.AA. han aceptado el negar los servicios sanitarios no urgentes a los inmigrantes ilegales, el copago, las restricciones Catalanas, la deuda farmacéutica Valenciana o la gestión privada de Centros de Salud y Hospitales de Madrid, han supuesto mensajes negativos en los medios de comunicación, que sin duda lo son, y la consecuencia es que subjetivamente aplicamos un valor por debajo de la calificación que teníamos hasta ahora. Hemos tenido un Sistema de Salud en el que, en mayor o menor grado, las reivindicaciones sociales y profesionales han salido adelante, lo que le hizo llegar a ser el mejor servicio público de nuestro país, el más acreditado y, para no ser chovinista, uno de los mejores del mundo.

A todo ello hay que añadirle también el mensaje negativo correspondiente al oportunismo político: los que no gobiernan lo utilizan como arma arrojadiza contra los que están en el poder y éstos solo pueden defenderse con argumentaciones catastrofistas, como época de crisis, restricciones por necesidad, imperativos de reducción del gasto público, etc. No hay duda de que hay un espacio para el pesimismo y el futuro no se presenta halagüeño, pero todavía no ha dado tiempo, para que lo que viene sea percibido por la sociedad con la trascendencia que va a tener.

En segundo lugar quiero abordar el estudio publicado en el British Medical Journal, en el que se pone de manifiesto que, con los recortes y el desmantelamiento de la Sanidad Pública en España, se pueden poner vidas en riesgo. Me parece una falta de objetividad, e incluso de ética, que una revista científica, que se le supone profundamente conocedora de la situación en su país, así como de cuáles fueron las causas que la llevaron a su situación actual, se permita llegar a hacer esas afirmaciones de un país como el nuestro. Antes de la Sra. Thatcher tenían el mejor y más económico Servicio Nacional de Salud de Europa y posiblemente del mundo desarrollado. Fue precisamente ella la que abordó unas privatizaciones y un descalabro que se ha traducido en miles de denuncias sociales, de aumentos alarmantes de la mortalidad en algunos centros y que el propio gobierno se ha visto obligado a reconocer recientemente la necesidad de hacer muchos más controles. Debían haber titulado el artículo "no hagan lo que hicimos nosotros", dándole un tono autocrítico, en vez de aparecer como escandalizados defensores de unos valores que perdieron con la derecha más dura y no han conseguido recuperar con gobiernos laboristas. No sé cuánto tiempo tardaremos en ver afectado a nuestro Sistema Nacional de Salud hasta situaciones tan poco deseables, pero habiendo sido sus imitadores, todavía seguimos conservando algo más de lo que ellos han perdido.

Gestión clínica y modelos sanitarios: hablemos claro

Por Francisco Miralles, secretario general de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM)

Aunque ya había experiencias previas, dentro de la propia **Comunidad de Madrid** y también en Valencia y Andalucía, ha sido el **Plan de Medidas de Garantía de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario** aprobado el pasado mes de octubre en la primera de ellas (recogido luego en su Ley de Presupuestos para este año), lo que ha desatado una fuerte polémica centrada en si la gestión privada de los centros sanitarios públicos debe considerarse una alternativa válida al modelo de administración directa.

Sobre este punto, candente como estamos viendo, el criterio de **la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM)** es el que ya hemos avanzado: si el objetivo es contribuir a la sostenibilidad de un sistema sanitario, que en esta época de crisis económica equivale a garantizar la mejor atención a los pacientes con el menor coste posible, no nos negamos por principio a explorar nuevas vías, pero sólo en paralelo a un **debate riguroso que hoy brilla por su ausencia**.

Las cosas, sí, se están haciendo mal porque **en Madrid se ha permitido que la cuestión se esté sustentando más en prejuicios de tipo ideológico que en una reflexión serena** que nos involucre a todos (Administración, profesionales y la sociedad en general) y persiga desapasionadamente la finalidad, compartida por todos, expuesta en el párrafo anterior.

El mejor modo de resituar el problema para abordarlo sobre bases racionales, es decir, abiertas al entendimiento o cuando menos a una discusión en la que seamos capaces de comprendernos nuestras diferencias, es... poner datos sobre la mesa. **Por ahí debería haberse empezado**. Los políticos que propugnan la privatización de la gestión deberían haber hecho públicos los estudios sobre los que basan **sus propuestas** y someterlas al escrutinio de todos. Sin embargo, algo tan elemental y de exigencia democrática como es la **transparencia informativa**, no ha tenido lugar al menos hasta ahora, lo cual favorece y en nada contribuye a frenar las expresiones de desconfianza suscitadas en buena parte de la profesión y de la ciudadanía.

No hay, ciertamente, justificación para que se esté incumpliendo esa labor de transparencia, pues como decíamos al principio, la opción de la gestión privada ya se viene ensayando desde que se promulgara la **Ley 15/1997** sobre **habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud**. A partir de esa norma se han desarrollado distintas fórmulas alternativas a la gestión directa, tales como consorcios, fundaciones, empresas públicas o concesiones administrativas, por lo que ya ha habido tiempo sobrado para realizar una evaluación de su funcionamiento que pueda compararse con el de los centros gestionados directamente. Sin embargo, a fecha de hoy continuamos opinando a ciegas, porque a la hora de echar números (dando por supuesto que la calidad asistencial es la misma), **las pocas fuentes que hay se contradicen entre ellas**.

Así las cosas, y ante la eventualidad imposible de descartar (mientras los requeridos datos fiables no se pongan a disposición de todo el mundo) de que la gestión privada resulte al final

más gravosa que la directa (porque en la primera hay un plus de beneficio empresarial que desaparece en la segunda), **la posición de CESM es que las nuevas experiencias en este sentido deberían paralizarse y extraer de todo ello la mejor lección:** que la economía española no puede soportar un incremento del gasto sanitario al ritmo en que se vino produciendo durante el decenio 2000-2010, y que, por tanto, desde la ministra de Sanidad hasta el más reciente profesional incorporado a la plantilla del SNS, tenemos la obligación de utilizar los recursos disponible de la manera más eficiente posible.

En esa labor de sostenimiento del SNS hay grados de responsabilidad, y **los médicos no queremos rehuir la nuestra, conscientes como somos de que no menos del 80 por ciento del gasto tiene que ver con los actos clínicos que protagonizamos cada día.** No sólo no damos la espalda a esa responsabilidad, sino que desde hace muchos años una de nuestras quejas más repetidas ha sido el que deliberadamente se nos apartara de las instancias de decisión de los centros. Habrá recordar ahora, porque es oportuno, que en su día se suprimieron *de facto* las Juntas Facultativas, en virtud de las cuales los médicos disponíamos de una voz autorizada para intervenir en ello. Y habrá que recordar también que por encima de nosotros se generó toda una casta de *economicistas* o simplemente *políticos* (en el sentido menos favorables del término) que creían poder prescindir del médico a la hora de gestionar un hospital o centro de salud.

Ha sido ese relegamiento de la profesión médica, y consecuente imposibilidad de comunicación con el estrato dirigente de los centros, lo que explica en buena medida el disparado presupuesto del SNS durante la década anterior, y **lo que nos ha llevado a la situación actual de tener dificultades para satisfacer adecuadamente la demanda asistencial.**

Vamos, pues, concluyendo. **La depuración del gasto es necesaria,** porque así lo imponen las circunstancias, pero en lugar de aventurarnos en experiencias de las que no se tiene constancia de su bondad, lo más lógico es que **sigamos pisando el terreno firme** que conocemos e introduciendo en él lo cambios precisos para que deje de ser resbaladizo y se muestre lo más firme posible.

La solución por la que apostamos **consiste en retomar el protagonismo** que los médicos llegamos a tener en su día en la dirección de los centros asistenciales y, directamente relacionado con ello, pasa también por que la economía de tales unidades (y por tanto del SNS en su conjunto) dependa menos de los números que se hacen en un despacho que de la gestión clínica que llevan a cabo a diario los profesionales.

Sobre la gestión clínica también hay experiencias en el SNS. Desde los años 90 ha habido tímidos intentos de implantarla en forma de áreas, institutos y otras unidades asociativas entre servicios que si no han logrado mayores éxitos es precisamente por haber tenido una limitada autonomía de gestión.

¿Por qué no insistir en esa vía, desbrozando el terreno de las cortapisas que hasta ahora han existido? Ciertamente, a CESM le consta que los responsables de los servicios, unidades y centros de salud están dispuestos y preparados para asumir la responsabilidad y los riesgos de la gestión dentro de un marco transparente y evaluable, y siempre que dispongan de los instrumentos adecuados para llevar adelante una gestión eficiente y de calidad.

El resto de los médicos, en su mayoría, también están por la misma labor, que nosotros definimos como *autogestión profesional*. **Y para que eso sea así sólo necesitamos políticos**

que se sienten a hablar con nosotros en el marco de un debate presidido por el objetivo incuestionable de salvaguardar esa joya a falta de pulir que es el SNS.

Seamos positivos. Lo bueno que tienen las crisis es que de ellas se puede salir fortalecido. Hasta que ésta no llegó, podíamos seguir dormitando en la confianza de que las deficiencias de gestión eran subsanables con unos presupuestos que, aunque nunca generosos, parecían siempre a salvo. Eso ya no así, y haremos bien, si además de exigir que la Sanidad se libere de los recortes económicos por su condición de pilar fundamental para el bienestar de los ciudadanos, nos comprometemos todos a una reforma emprendedora que reoriente el modelo de gestión de los centros y personal al servicio de la sanidad pública sobre las bases de la rendición de cuentas y **una optimización del gasto que sólo puede venir de la mano de los profesionales cuando cuenten con instrumentos para ello.**

Por Ley

ECOS Y COMENTARIOS

La prestación por cese de actividad de los autónomos, ¿utopía?

Por Ricardo De Lorenzo

Han transcurrido casi tres años desde que se aprobó el paro o desempleo de los autónomos, que técnicamente se conoce como prestación por cese de actividad, a través de la Ley 32/2010, que fue publicada en el BOE de 6 de Agosto de 2010, entrando en vigor el 6 de noviembre del mismo año, y posterior Real Decreto 1541/2011, de 31 de octubre, por el que se desarrolló la Ley 32/2010, de 5 de agosto, estableciéndose un sistema específico de protección por cese de actividad de los trabajadores autónomos, que fue publicado en el BOE de 1 de Noviembre de 2011.

Esta normativa abordó el objeto de protección, los requisitos, la acreditación de la situación legal de cese de actividad, la dinámica de la protección por cese de actividad, el abono de cotizaciones a la Seguridad Social, el régimen financiero y de gestión del sistema, las medidas de formación orientación profesional y promoción de la actividad emprendedora, las obligaciones de los trabajadores autónomos y la competencia sancionadora.

Normativa que vino a perfeccionar el Estatuto del Trabajo Autónomo, fijando las reglas equitativas para lograr la equiparación efectiva del trabajo autónomo respecto del trabajo por cuenta ajena, en materia de protección social creando un sistema específico de protección por cese de actividad del trabajador autónomo. Protección que comprende una prestación económica y la cotización de Seguridad Social por el trabajador autónomo, además de la formación y orientación profesional de los beneficiarios con vistas a su recolocación.

La finalidad de la nueva prestación por cese de actividad era cubrir las situaciones de finalización de la actividad de los trabajadores autónomos que derivaba de una situación en todo caso involuntaria que debía ser debidamente acreditada para acceder a la correspondiente prestación económica, prestación que quedaba en la manos de las Mutuas Laborales, el Servicio Público de Empleo Estatal y el Instituto Social de la Marina con la colaboración de los Servicios Públicos de Empleo de las CCAA.

Lógicamente cuando se empezó a cotizar por cese de actividad fue cuando la Ley entró en vigor, es decir en noviembre de 2010, por lo que no ha sido posible cobrar el paro de los autónomos hasta noviembre de 2011, ya que como mínimo, para percibirlo era necesario tener cotizados 12 meses en la cuota de autónomos por dicha contingencia.

Pues bien en el primer trimestre del año, de 3134 solicitudes de prestación por desempleo, fueron rechazadas el 44% (1381), siendo solo aceptadas el 27% (853), quedando el resto por resolver, por lo que en números redondos el 70% de los autónomos que solicitaron a su Mutua de trabajo la prestación han visto como era rechazada.

Teniendo en cuenta las dificultades por las que atraviesa el colectivo de autónomos, resulta significativo que sólo el 0,5% de los cotizantes hayan solicitado esta prestación y es más grave aún que tan solo se hayan podido beneficiar un porcentaje inferior al 0,1%, denuncian las asociaciones de autónomos. El propio Ministerio ha reconocido que debe simplificar los requisitos para acceder a la prestación, y ha anunciado que mantendrá reuniones con estos para acercar posturas.

Evidentemente hay algo que no está funcionando y ello es la equiparación efectiva del trabajo autónomo respecto del trabajo por cuenta ajena, en materia de protección social, que era lo que se pretendía.

Terapia personalizada contra el cáncer... ¿Buena, Jolie* y Barata?

Por Luis Lombardía, jefe de la Unidad de Diagnóstico Molecular del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNO)

Poco después de que la actriz norteamericana **Angelina Jolie** anunciara haberse sometido a una doble mastectomía para prevenir un probable cáncer de mama, se ha observado en varios países un auge de consultas por la prueba genética realizada a la estrella Hollywoodiense. Auge que ya se ha acuñado como *Efecto Jolie*. Una consecuencia inmediata ha sido que el **Sistema Nacional de Salud Británico (NHS)** haya advertido que sus servicios no tienen capacidad para poder abastecer este incremento de solicitudes. Esta serie de acontecimientos resulta ser muy **sintomática y reveladora**, no solo del estado actual de la medicina personalizada, sino también de cómo es percibida, tanto por el gran público como por las autoridades sanitarias.

Indudablemente, debemos destacar en primer lugar **la gran eficacia de una terapia** frente a una neoplasia, que resulta ser mortal de no tomar esta medida preventiva. Así, la intervención quirúrgica es capaz de disminuir, en más de un 90 por ciento, las posibilidades de padecer un cáncer de mama en mujeres de alto riesgo como era el caso de la actriz. En segundo lugar, **la oleada de solicitudes por parte de pacientes potenciales**, para realizarse la prueba genética destapa, a la postre, el gran desconocimiento de dos aspectos fundamentales que conlleva el tratamiento de ésta como de otras neoplasias.

Así, en el caso del cáncer hereditario de mama que podría haber acabado desarrollando **A. Jolie**, queda patente la falta de conciencia que menos del 5 por ciento de esas pacientes (las cuales, dicho de paso, tienen un cáncer hereditario que representa menos del 10 por ciento de

todos los cánceres de mama) son portadoras de la(s) mutación(es) que detecta la prueba en los genes **BRCA1 y BRCA2**. Además, parecen desconocer que un resultado negativo con este test no implicaría la ausencia definitiva de riesgo ya que existen otros factores, genéticos y/o epigenéticos, causantes de las disfunciones celulares que conducen al cáncer. Posteriormente, una tercera revelación del *Efecto Jolie* reside en la **grave escasez actual de recursos en los sistemas nacionales de salud**. No solo para informar debidamente a los pacientes sino también, y sobre todo, para proveerlos con los nuevos instrumentos que la investigación biomédica está poniendo cada día en manos de los facultativos para la atención personalizada de sus pacientes.

¿Se puede considerar eficaz la terapia personalizada practicada hoy en día en la lucha contra el cáncer? Por lo general, las intervenciones físicas, como la cirugía que se le ha practicado a A. Jolie o también la radioterapia, por su radicalidad en eliminar las alteraciones cancerosas, pueden considerarse definitivamente como eficientes, al menos en la evolución a corto-medio plazo del paciente. Las terapias (bio)químicas, como la quimioterapia o la inmunoterapia, no obstante, sufren de una reputación más fluctuante. De este modo, la eficacia de muchos antitumorales ha sido impugnada a principios de año, en un artículo controvertido de **James Watson (1)**, premio Nobel de Medicina en 1962. Avanza, con fundamento, que en una inmensa mayoría de tumores sólidos en fase avanzada, la complejidad y el solapamiento de los procesos genéticos y/o epigenéticos que los han producido, no pueden contrarrestarse con la praxis actual.

Una rutina principalmente basada, por una parte, en terapias demasiado genéricas que arrasan sano y maligno con una implacable indiscriminación o, por otra parte, en terapias excesivamente específicas que, al estar dirigidas a una(s) (pocas) diana(s), si bien actúan eficientemente mejorando significativamente la supervivencia de los pacientes, por lo general, no acaban logrando unos resultados plenamente satisfactorios. O al menos, todavía alejados de los resultados alcanzados en lo que representa el **paradigma de la terapia personalizada de pacientes con cáncer**. Así, a mediados de los años 90 se ha desarrollado un inhibidor de tirosina quinasa (TKI), el imatinib, que lograba neutralizar la expresión alterada de un gen codificador de una quinasa (ABL1) al fusionarse a otro gen (BCR) mediante una translocación cromosómica. Esta alteración era la causante de la Leucemia Mieloide Crónica, un cáncer hematológico que era letal antes de este descubrimiento. Desde hace más de una década, los pacientes con LMC, afortunados por la relativa simplicidad de su enfermedad, pueden ahora ser seguidos y tratados de forma personalizada, adaptando su terapia no solo a la expresión del gen de fusión BCR-ABL pero también a la aparición de posibles mutaciones en el dominio quinasa de ABL1 y que anulan el efecto del TKI. De hecho, es de señalar que, con la llegada de los TKIs de segunda (nilotinib, dasatinib) y sobre todo de tercera generación (bosutinib, ponatinib), mucho más eficaces, se están planteando ensayos clínicos para valorar la posibilidad de interrumpir los tratamientos en algunos pacientes al considerarse totalmente curados. Un hito probablemente sin precedentes en la lucha contra el cáncer. Bien es cierto que los mayores avances se están logrando en el tratamiento de las enfermedades oncohematológicas. Sencillamente porque resultan ser mucho más gratificantes que los sarcomas o los carcinomas a la hora de proporcionar, cuantitativamente y cualitativamente, muestras que se pueden investigar más fructuosamente. **Sin embargo, y aunque sean más lentos, estos avances también se están consiguiendo con los más complejos y escurridizos tumores sólidos.**

Muestra de ello es que no suele pasar mucho tiempo entre anuncios que avisen de la aprobación de nuevos fármacos que multiplican la supervivencia a uno o varios de esos tumores. Menos tiempo transcurre aún en la divulgación de nuevas alteraciones moleculares que se asocian a

tumores específicos y que pueden ser utilizadas como biomarcadores diagnósticos y/o dianas terapéuticas, bien individualmente, bien en combinación con otras alteraciones ya descritas en esos mismos tumores. Finalmente, los constantes adelantos tecnológicos y metodológicos están facultando una aceleración constante en la carrera que nos llevará a la meta de una terapia personalizada eficaz. De este modo, en el Programa de Investigación **Clinica del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO)**, ya se están aplicando rutinariamente estos adelantos en la terapia individualizada de los pacientes. Por ejemplo, tratando con distintas baterías de drogas a ratones *Avatar* que han sido injertados con células tumorales de los pacientes. Aunque el proceso sea laborioso y lento, no dando sistemáticamente su fruto a tiempo para ayudar a pacientes con neoplasias en fase terminal, ya ha permitido aumentar substancialmente la supervivencia de otros. Otra innovación utilizada en el tratamiento personalizado de cánceres "incurables" es la secuenciación masiva de ADN. Ésta permite la detección de mutaciones en genes para los que existen fármacos, usados en el tratamiento de otros tumores, y que resultan ser una alternativa a menudo eficiente para estos pacientes. Un último ejemplo destacado sigue la misma estrategia. Es conocido como Quimiograma. **Consiste en estudiar el transcriptoma, esto es la expresión génica a escala genómica, de las células tumorales circulantes (CTCs) de pacientes con cánceres sin tratamiento disponible** y, comparar la expresión alterada de estas CTCs con la de líneas celulares con una sensibilidad descrita a ciertos fármacos que se utilizarán luego para tratar, solos o en combinación, a estos pacientes. Por supuesto la tasa de éxito todavía dista de ser absoluta pero, por los resultados ya logrados con algunos pacientes y dentro de la ponderación que dicta una enfermedad tan variada, compleja y devastadora, las expectativas son alentadoras. El propio J. Watson, en su ejercicio crítico y pesimista, admite una victoria total contra el cáncer en un máximo de tres a cuatro décadas.

También manifiesta que este trecho podría reducirse significativamente si los recursos dedicados al reto de la medicina personalizada, principalmente la disponibilidad de nuevos fármacos antitumorales, cambian de rumbo en la forma de distribuirlos... la tercera lección del *Efecto Jolie*. A modo de ejemplo ilustrativo, cuando no hace tanto tiempo, España era una de las más resueltas en permitir el uso de nuevos fármacos, salta recientemente la noticia del retraso de la incorporación de nuevos antitumorales en nuestro Sistema Nacional de Salud, fruto de la pugna entre las restricciones presupuestarias en nuestra Sanidad y el elevado precio de los medicamentos. **La sostenibilidad del tratamiento del cáncer no debería ser cuestionada.**

El **NCI, el Instituto estadounidense del Cáncer**, tiene ya recopilado más de 230 variedades distintas de cánceres. La medicina personalizada, es ya una realidad para bastantes de ellas. Si no se consigue allanar su acceso en nuestro país, el riesgo de que ocurra lo mismo que con nuestros jóvenes sin empleo es evidente. Los pacientes no dudaran en emigrar a dónde se les pueda ofrecer esta atención individualizada. Un exilio trágicamente reservado sólo a los más acomodados.

* En castellano, bonita

(1) Watson J. *Oxidants, antioxidants and the current incurability of metastatic cancers*. 2013. *Open Biol.* 3(1):120144.

NOTICIAS C E S M

AMYTS informa sobre el recurso contra la integración forzosa del personal funcionario, cupo y zona

[La Asesoría Jurídica de AMYTS ha remitido un informativo sobre el Recurso Contencioso – Administrativo planteado por el sindicato contra el apartado 13 del plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud](#), cuyo epígrafe es “Integración del personal funcionario sanitario de carrera al Servicio de las Instituciones Sanitarias (IISS) del Servicio Madrileño de Salud y cambio de modalidad del personal estatutario de cupo y zona”. (...)

González quitará su condición de funcionarios a casi 500 sanitarios

Bajo el titular “Ignacio González quitará su condición de funcionarios a casi 500 sanitarios antes de que acabe el año”, alerta EL BOLETÍN sobre el referido epígrafe del Plan de Ordenación, y advierte de que el presidente de la Comunidad de Madrid prevé integrar al régimen de personal estatutario a casi medio millar de médicos, enfermeras y trabajadores de otras categorías profesionales antes de que acabe el año para cumplir con una norma impuesta por el Ministerio de Sanidad. (...)

Fuentes de la Asociación de Médicos y Titulados Superiores (AMYTS) han confirmado a EL BOLETÍN que lucharán para que “se respeten los derechos de quienes no quieren cambiarse”, y sobre todo para que de hacerse se lleve a cabo de forma voluntaria, sin “engaños ni presiones”.

Fuentes: AMYTS, 25-06-2013; EL BOLETÍN, 25-06-2013

http://www.amyts.es/index.php?option=com_content&view=article&id=3121:amyts-recurre-la-integracion-forzosa-del-personal-funcionario-cupo-y-zona&catid=85:portada&Itemid=1

<http://www.elboletin.com/index.php?noticia=78578&name=nacional>

Cataluña: Rechazo masivo de los profesionales a la propuesta de convenio en la red concertada

- Ahora, **Metges de Catalunya** exige que su modelo sea "el punto de partida" de la **nueva negociación**

Metges de Catalunya (**MC**) aplaude la decisión de los trabajadores de la red sanitaria concertada (XHUP) de rechazar "sin paliativos" la propuesta de convenio colectivo presentada por la mediación de la autoridad laboral y aceptada por las patronales y los sindicatos CCOO y UGT. La organización afirma que el personal de los centros concertados pone de manifiesto que "no está dispuesto a soportar más recortes" y reclama a la mesa negociadora que la propuesta presentada por MC sea "el punto de partida" de la nueva negociación.

Los resultados de las consultas que se han celebrado esta semana en los centros sanitarios de la XHUP dan una mayoría "rotunda y contundente" al No a la propuesta de convenio que los mediadores del Departament d'Empresa i Ocupació presentaron el pasado día 12 de junio. Así, el recuento efectuado por MC en los centros en los que el referéndum se ha celebrado "con transparencia y garantías democráticas", ofrece el siguiente resultado:

- Votantes: 14.888
- Sí: 4.435 (29,79%)
- No: 10.252 (68,86%)

Para la organización, la opinión expresada por los trabajadores "clarifica el escenario de negociación" y no permite otra salida que la prórroga del convenio vigente, mientras se negocia un nuevo marco de relaciones laborales que "minimice los recortes" y que obtenga "compromisos" por parte de las empresas del sector.

Fuentes: METGESD E CATALUNYA, 21-06-2013

<http://www.metgesdecatalunya.cat/es/articulos/mc-celebra-el-rechazo-masivo-de-los-trabajadores-al-convenio-de-la-mediacion-y-exige-que-su-propuesta-sea-el-punto-de-partida-de-la-nueva-negociacion>

NOTICIAS GENERALES



Ana Mato no supera su mala imagen

Aunque la ministra parece dejar pasar el tiempo a ver si amaina la tormenta sobre su imagen, la verdad es que no lo consigue. En el ObSERvatorio que este lunes elaboró MyWord para la Cadena SER, a la pregunta de si debería dimitir la ministra de Sanidad, Ana Mato, la respuesta fue un 'sí' rotundo: el 82 por ciento de los encuestados cree que debería dejar su cargo porque, aunque no está imputada, sí está implicada y su permanencia daña la imagen del Gobierno. Opinión que también es mayoritaria entre los votantes del PP, pues el 66% considera que debería dimitir.

CCOO pide al SAS que haga pública la productividad que cobra sus altos cargos

La Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO de Andalucía (FSS-CCOO Andalucía) ha solicitado a la Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud (SAS) que publique las cantidades que percibirán este mes de junio los 451 directivos de los centros sanitarios en concepto de productividad, al igual que ya ha hecho con las del resto de su personal. Este sindicato advierte que si la Administración sanitaria continúa sin facilitar esta información acudirá al Defensor del Pueblo andaluz o al Parlamento de Andalucía. La Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO de Andalucía mantiene que la columna correspondiente a la productividad del personal directivo del SAS aparece en blanco en la resolución anual de retribuciones, cuando para el resto del conjunto de profesionales viene reflejada la cantidad que perciben y el nivel de cumplimiento de los objetivos que, en última instancia, es lo que determina la cuantía económica percibida.

DIARIO MEDICOCOM

Las revistas españolas continúan elevando su factor de impacto

MADRID REDACCIÓN

Aids Reviewy Revista Española de Cardiología encabezan las publicaciones en español de mayor factor de impacto, según el último índice bibliométrico Thomson Reuters (más conocido como JCR por *Journal of Citation Reports*). En concreto, *Aids Review* ha subido del 3,951 en la medición anterior a 4,075, mientras que *Revista Española de Cardiología*, la única que proporciona la información en inglés y español, ha ascendido de 2,501 a 3,204, un máximo histórico para la revista, además de un salto muy destacable, pues en 2011 obtuvo un 2,530. En

tercer lugar la revista española *Drug News and Perspectives* ha obtenido un índice de 3,332, superando el 2,492 que obtuvo en 2011. El cuarto lugar lo ocupa *Internal Journal of Developmental Biology*, con un factor de 2,614, seguido de *Emergencias* con 2,578; de *International Microbiology*, con 2,556; de *Histology and Histopathology* con 2,281; y de *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology*, con 1,887. En noveno lugar se sitúa la navarra *Journal of Physiology and Biochemistry* con un factor de impacto de 1,654, seguida de *Revista Española de Enfermedades Digestivas* con 1,208. En el undécimo puesto está *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* con 1,478 y en duodécimo *Medicina Clínica* con 1,399. El factor de impacto resulta de dividir las citas recibidas en 2012 a los artículos publicados en las revistas en los dos años anteriores y que provienen de las revistas con factor de impacto entre el total de artículos publicados en el mismo periodo. En total hay 75 publicaciones españolas indexadas en el JCR de 2012.

El acuerdo con Sanidad abre un cisma en el Foro

CESM se mantiene inflexible en su reclamación de una mesa de negociación única, mientras las sociedades y colegios parecen albergar algunas dudas

MADRID FRANCISCO GOIRI fjgoiri@diariomedico.com

Pintan bastos en la negociación que todavía mantienen abierta el Ministerio de Sanidad y el Foro de la Profesión Médica, y no sólo por las (a fecha de hoy) insalvables diferencias entre ambas partes, sino también por la cada vez más acusada disparidad de criterios en el seno del organismo profesional. Como adelantó *D Diariomedico.com*, la última propuesta formal que el Ministerio ha puesto sobre la mesa ha evidenciado que mientras CESM se mantiene firme en su exigencia de una mesa de negociación propia para los facultativos, otras organizaciones -sobre todo Facme y la OMC- ven cómo sus miembros (sociedades científicas y colegios, respectivamente) podrían no ser tan inflexibles en ese planteamiento. Aunque los representantes de las organizaciones consultadas por DM no hablan aún abiertamente de diferencias insalvables, sí dejan entrever que hay sensibilidades enfrentadas y que, con la última propuesta ministerial sobre la mesa, el consenso en el seno del Foro es inviable.

"Llevamos meses negociando con el Ministerio y con el último documento que nos han hecho llegar no va a ser fácil que haya una postura común entre todos los miembros del Foro que nos permita firmar y seguir avanzando en los contactos con la Administración", afirmó ayer un prudente Serafín Romero, secretario general de la OMC.

POSTURA INAMOVIBLE

Mucho más explícito, Francisco Miralles, secretario general de CESM, dejó claro que "a día de hoy y con la última respuesta oficial que tenemos por parte de Sanidad, la confederación tiene muy clara cuál es su postura: no hay posibilidad alguna de colaboración y, consecuentemente, se romperían las negociaciones".

Tal es el desconcierto que reina en el seno del Foro que la propia Comisión Permanente de la OMC se ha visto obligada a rectificar ante los colegios provinciales en cuestión de horas. A finales de la semana pasada, el Consejo General de la corporación hizo una convocatoria formal y urgente de Asamblea General Extraordinaria para mañana mismo con un solo punto en el orden del día: explicar a los presidentes colegiales provinciales el contenido de la última propuesta ministerial y recabar su opinión. Ayer mismo, el propio Romero confirmó a DM que esa asamblea colegial ("convocada con premura y mucha precipitación", según fuentes del Foro que prefieren no identificarse) se suspendía "hasta que haya un documento más concreto". Parece

que la virulenta reacción de CESM ante lo que su presidente nacional, Alber Tomàs, califica de "un papel vago e inconcreto" está detrás de la suspensión de la asamblea colegial. El presidente **La OMC suspende la asamblea urgente que había convocado para mañana con la idea de explicar la propuesta de Sanidad; algunos miembros del Foro lo veían muy precipitado**

de CESM recuerda que la postura de la confederación es tan clara como inamovible: "La esencia, y eso lo sabe el Ministerio desde el minuto uno, es que queremos negociar bilateralmente con la Administración, y eso no aparece reflejado, negro sobre blanco, ni en la última propuesta ni en todas las anteriores". Miralles matiza que "si lo que causa problemas es hablar de un estatuto jurídico propio, hablemos de una mesa de negociación individual de y para los médicos, y luego veremos cómo lo articulamos jurídicamente".

Esa reclamación implica, según Tomàs, 2 cosas muy claras: "Que se reconozcan los mismos derechos para todos los médicos del SNS, independientemente de su relación contractual [estatutarios, funcionarios y laborales], y que se nos saque del EBEP [Estatuto Básico del Empleado Público] o se nos reconozca un estatus especial dentro de él". El problema, como recuerda Romero, es que el Foro de la Profesión es una asociación que "por estatutos debe tomar sus decisiones por consenso, previo debate de los miembros de su Permanente". Facme ya ha expresado por boca de su presidente electo, Carlos Macaya, que las sociedades no comparten la inflexibilidad de CESM (ver DM del 24-VI-2013). En el caso de la OMC, aunque Romero dice que comparte "plenamente" la idea de una mesa de negociación propia, el Consejo General debe atenerse al mandato de la Asamblea, y no está tan claro que todos los colegios piensen igual.

No va más: el 11 de julio el Foro decidirá cuál es su postura definitiva.

Sea cual sea el resultado final de los tres grupos de trabajo que constituyeron en su día el Ministerio de Sanidad y el Foro, todos los miembros del organismo profesional tienen clara una cosa: la fecha límite para certificar o no la defunción de esos grupos es el próximo 11 de julio. Ese día el Foro celebrará su próxima reunión ordinaria y decidirá su postura final en función del documento (o documentos) que tenga entonces sobre la mesa. De ahí que los contactos (telefónicos, vía mail, e incluso personales) se intensificarán esta semana, según fuentes del Foro, para intentar salvar el acuerdo in extremis.

Cantabria externaliza la confección de la bolsa laboral por su volumen



SANTANDER S. REGO

La confección de la bolsa laboral temporal del Servicio Cántabro Salud (SCS) será llevada a cabo, por primera vez, por una firma privada, por un valor cercano a los 190.000 euros. Pese a las críticas de los sindicatos en la mesa sectorial, la Administración ha externalizado, a través de un concurso público, la elaboración de la bolsa más complicada y nutrida (ver DM del 11-VI-2013) que ha abordado nunca el SCS: 25.000 solicitudes (1.370 de médicos). La consejería ha tratado de explicar en la mesa que la decisión de acudir a un apoyo externo obedece al masivo número de solicitudes, así como a la necesidad de tener acabado el baremo (que sustituye al de 2007), lo más rápido posible y con los méritos que se requieren: notas de la carrera, cursos de formación y experiencia. El plazo dado a la concesionaria, tras el acuerdo de la mesa de impulsar una nueva bolsa de estatutarios temporales, es de 4 meses, por lo que se estima que estará finalizada en noviembre, y así se acabará con el vacío actual en los criterios de selección para cubrir vacantes y sustituciones. De los más de 1.300 médicos que se han inscrito, 750 son hospitalarios y el resto de primaria y del 061.

REACCIÓN SINDICAL Asunción Ruiz Ontiveros, de CCOO, ha rechazado de plano esta "privatización, por ser una medida cara e injusta con el personal administrativo que está en paro, además de inútil porque no va a lograr que los listados estén operativos para los llamamientos de este verano". José Manuel Castillo, de UGT, ha denunciado el alto coste del servicio privado, que ha calificado de "desmesurado", y, al igual que CCOO, ha considerado que lo ideal era seguir como antaño, es decir, contratar a personal administrativo en paro para reforzar a la plantilla del SCS. UGT denuncia, además, que la Administración ha ocultado a la mesa este concurso, cuyo pliego administrativo se aprobó el 8 de febrero.



José Luis Rodríguez Zapatero



El expresidente del Gobierno ha dado este martes una lección de político con mayúsculas al pedir a su partido, el PSOE, que busque pactos de Estado con el PP en temas sociales como la sanidad, la dependencia o la investigación. Rodríguez Zapatero se ha expresado así en un discurso pronunciado en el Club Siglo XXI, marcando una senda a Alfredo Pérez Rubalcaba que veremos si este sigue. El exjefe del Ejecutivo, muy distanciado de los argumentarios estridentes de los expresidentes González y Aznar, ha lanzado un mensaje de cordura, confiando en que cuando concluya la crisis económica se recupere el nivel de protección social de hace unos años, y pidiendo que le vaya bien al Gobierno de Mariano Rajoy, porque entiende que eso significará que le va bien al resto de los españoles.

CANCELA LA ASAMBLEA MONOGRÁFICA

La OMC prepara su 'no' al acuerdo ministerial

El Foro de la Profesión Médica volverá a reunirse el próximo 11 de julio

María Márquez Madrid

Todo indica que la Organización Médica Colegial (OMC) se alineará con el rechazo de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) a la propuesta ministerial sobre gestión clínica, recursos humanos y pacto sanitario. La entidad colegial ha suspendido una asamblea monográfica proyectada para este jueves, y aunque quita hierro al asunto asegurando que solo se ha aplazado al 6 de julio, lo cierto es que ese día compartirá protagonismo con otras cuestiones a tratar por los presidentes colegiales. Mientras, el plazo de decisión del Foro de la Profesión Médica se agota.

Fuentes de la OMC explican el aplazamiento de la asamblea, que no suspensión, por el hecho de que tienen otra cita el próximo 6 de julio y será entonces cuando traten el posible acuerdo con el Ministerio. También apuntan a que el consenso "no está cerrado", si bien no se decantan por ninguna decisión definitiva. En la práctica, Juan José Rodríguez Sendín ha decidido no dedicarle

una reunión monográfica y pasar el tema a un orden del día con más asuntos, algo cuando menos significativo. Por el momento no parece haber ni tan siquiera un preacuerdo que explicar a los presidentes colegiales.

Y si la entidad colegial debatirá el asunto el día 6, el Foro de la Profesión Médica planea reunirse el jueves siguiente, el día 11. Una cita en la que CESM, de la mano de su secretario general, Francisco Miralles, volverá a insistir en su negativa a aceptar el último documento aportado desde el Paseo del Prado. Por su parte, el presidente de la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (Facme), José Manuel Bajo Arenas, asegura que no existe ni siquiera un "un documento serio", lo que ha imposibilitado que convocase a los 42 presidentes de las sociedades científicas que lidera para trasladarles el sentido final de un diálogo que se remonta al pasado mes de febrero. Aunque prefiere no hablar de sus expectativas, sí resalta la importancia de la unidad de criterios en el Foro de la Profesión. "Los médicos tenemos que estar unidos, porque juntos seremos más fuertes", concluye.

OCIO Y ENTRETENIMIENTO

SALA DE ESPERA

El paro en Enfermería y la falta de refuerzos

El paro en el sector sanitario es una realidad que está afectando a la profesión médica; esta vez les toca a los enfermeros, que en Canarias se enfrentan a una situación especialmente delicada. *Unos 2.500 enfermeros, en paro, fuera de las Islas o lejos de la profesión, así abre **Diario de Avisos** su edición del martes. En esta línea subtítulo: *En lo que va de año 6.000 canarios han abandonado el Archipiélago en busca de trabajo.**

Según la cabecera local, en menos de una semana cerca de un millar de profesionales de la enfermería radicados en el Archipiélago iniciarán sus merecidas vacaciones veraniegas. Para reemplazarlos, el **Servicio Canario de la Salud (SCS)** acaba de otorgar los denominados *paquetes vacacionales*, que cubrirán los enfermeros que se encuentran en estos momentos en las listas de contratación que maneja la **Consejería de Sanidad**.

Dichas listas, tanto en **Atención Primaria como Especializada**, revelan un dato poco alentador, como expone a este periódico el secretario general del **Sindicato de Enfermería (Satse) en Canarias, José Manuel Llada**. Según él, el corte en las sustituciones para este verano deja fuera a todos aquellos profesionales que finalizaron la carrera en 2009 y los años posteriores.

Por otro lado, en el sur de la península, **Huelva Información** titula en su primera página: *La falta de refuerzos subirá un 50 por ciento la carga de trabajo de los médicos. Asimismo destaca: Los facultativos cubrirán las vacaciones de sus compañeros; Los ambulatorios seguirán abiertos por las tardes y El litoral recibirá efectivos del resto de la provincia.*

Según el rotativo, cada uno de los alrededor de 90 médicos de familia, que prestan servicio en los siete centros de salud de Huelva, verán aumentada en un 50 por ciento la carga de trabajo que tendrán que asumir durante las próximas semanas. Si durante el año cada facultativo

atiende alrededor de **unos 1.450 pacientes**, esta cifra ascendería a **2.200** si tenemos en cuenta la media de los meses de verano.

La razón se encuentra en que el **Servicio Andaluz de Salud (SAS)** no efectuará ninguna contratación para sustituir las vacaciones de los facultativos pero tampoco del resto del personal, salvo escasas excepciones. Esto significa que, en estos meses, puede haber un cierto baile de **pacientes que deberán acudir a las consultas de otros profesionales**. Este sistema, que se inició como tendencia hace unos 6 años, se ha consolidado.

Recobremos el placer de ser médicos

