

INFORMACION DEL SMC



Recobremos el placer de ser médicos



Boletín Informativo SMC-CESM

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



MEDICOS

que defienden a los

MEDICOS

OPINIONES

¿Dónde estamos y dónde debemos estar los/as profesionales de la salud en tiempos de crisis?

En una especie de comentario/reflexión, el Foro Vasco por la Salud analiza la actual situación de la sanidad y ofrece soluciones, al tiempo que se pronuncia abiertamente en contra de que la crisis económica pueda transformarse en una crisis social como

consecuencia de una política de recortes que siga afectando, una vez más, a quienes, por principio, son los que, por sus condiciones sociales, gozan de peor salud.

28/06/2013, Foro Vasco por la Salud

Como el resto de la sociedad desarrollada occidental, los/as profesionales de la salud estamos sumidos en la contradicción, en la paradoja de no ser tan felices como se podría esperar al poder disfrutar de unos niveles de vida y de protección social mejores que nunca. Sumidos en la incertidumbre, porque no estamos seguros de lo que espera la sociedad de nosotros: Si debemos complacer los estándares de calidad de quienes se lo pueden pagar todo, o si debemos prolongar la vida en buena salud de la mayoría de las personas. Si debemos seguir siendo cómplices de la banalización de la asistencia sanitaria y de la medicalización de la vida cotidiana o si debemos denunciar los excesos de las estructuras tecnológicas, financieras y profesionales que pretenden hacer negocio a base de mantener a la sociedad amedrentada con la amenaza de riesgos para su salud reales o ficticios. Si debemos ser copartícipes de la gestión que recorta en sanidad y en servicios sociales, o si debemos denunciarla y salir a la calle.

¿Es posible agarrarse a alguna certeza? Es comprensible la desorientación personal y profesional en un mundo donde la vida se valora de manera diferente. No vale lo mismo, aquí, en el País Vasco, que en Malí, o en Afganistán, o en Ciudad Juárez; hay lugares donde millones de niños y niñas mueren de hambre, mientras en otras se derrochan alimentos, haciendo de la obesidad un problema; incluso dentro de la misma sociedad, las garantías jurídicas no son iguales para todas las personas: hay lugares donde se viola el derecho a la vivienda o donde la protección de la salud no es la misma para la población inmigrante que para la autóctona, ni para las personas más favorecidas económicamente que para las menos.

La sociedad valora mucho nuestro trabajo como profesionales de la salud: nuestra destreza técnica, nuestros conocimientos y nuestra cercanía. Es una confianza que no podemos defraudar en tiempos de crisis y que trae como consecuencia que nos debamos implicar en la búsqueda de actuaciones que aminoren el sufrimiento de las personas más desfavorecidas de la sociedad y que denuncie las consecuencias de la confusión política y del desorden asistencial. ¿Desde qué posiciones? ¿Cuáles son las pocas certezas donde apoyarse?

Desde los Derechos Humanos y la Cultura Democrática

El derecho a la protección de la salud se reconoce como un bien público global que, para ser efectivo, tiene que apoyarse tanto en la legislación como en las decisiones políticas. El derecho a la protección de la salud alcanza todo su sentido cuando se apoya en los derechos humanos y se ejerce mediante mecanismos de construcción política y de participación ciudadana.

En cuanto a la política, se ha demostrado que los países más democráticos obtienen mejores niveles de salud, en términos de esperanza de vida, de mortalidad infantil y de otros indicadores. Por su parte, la promoción de los derechos humanos tiene una importancia indirecta en las políticas de salud, porque favorece el acceso a los alimentos y la protección del medio ambiente, y porque combate la violencia de género, por lo que debe formar parte de las políticas internacionales en un mundo global.

El reconocimiento de que el derecho a la protección de la salud es un derecho humano fundamental, y la convicción de que la búsqueda del grado más alto posible de salud es un

objetivo irrenunciable en todo el mundo, proceden de la célebre conferencia de Alma-Ata de 1978. Desde entonces se repite que los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, que la desigualdad en salud se considera política, social y económicamente inaceptable, y que debe promoverse el desarrollo humano sostenible y el aumento de la protección social para lograr el máximo de salud para todos.

Desde la Cobertura Asistencial Universal y Pública

La cobertura universal debe ser vista como un objetivo en sí misma. Todas las personas, sin discriminación, deben tener acceso a todos los servicios que necesitan, no sólo a los básicos, y deben ser capaces de acceder a ellos sin que ello las lleve a la pobreza.

No es cierto que nuestro Sistema Nacional de Salud sea muy caro, lo que ocurre es que hay intereses muy poderosos que pretenden obtener ganancias negociando con las estructuras que cuidan de nuestra salud. Y que para ello no dudan en desprestigiarlo, en poner en duda los valores de solidaridad y pluralidad que lo sustentan, promoviendo la individualidad y la consideración de la salud como algo que se puede comprar.

No es verdad que en sanidad pública hayamos "vivido por encima de nuestras posibilidades". Se puede afirmar que durante los años previos a la crisis, salvo el gasto farmacéutico, tanto el gasto per cápita en atención especializada como en atención primaria crecen igual o menos que el PIB. Es más, en gasto de personal se "ha vivido muy por debajo de nuestras posibilidades".

En realidad lo que está pasando es que el neoliberalismo no soporta que los servicios públicos sean ofertados por el Estado cuando las empresas podrían obtener enormes beneficios, si se considerasen un bien de consumo. La libre competencia en salud es un mito; los sistemas de salud de Europa, Canadá y Japón gastan mucho menos que los EEUU en servicios médicos porque se basan en la regulación de precios, en los pagos coordinados, en los presupuestos generales y en la contención de tecnologías costosas.

Desde una Atención Primaria fuerte

Desde hace veinte años hay pruebas suficientes de que los países que disponen de un nivel primario de salud fuerte consiguen mejores niveles de salud, mayor satisfacción de la población con su sistema sanitario y menores costes del conjunto de los servicios. También se sabe que el nivel de salud es mejor en las zonas donde existe un buen ratio de médicos/as y enfermeros/as de atención primaria; que las personas que reciben cuidados preferentemente de estos profesionales tienen mejores niveles de salud, y que una buena AP se asocia con mejores indicadores de salud, mejor salud autopercebida y menos hospitalizaciones.

Desde la Participación, el Buen Gobierno, la Transparencia, la Profesionalización de la Gestión y la Rendición de Cuentas

Es evidente que el sistema tiene margen para mejorar la efectividad y eficiencia, pero no es menos cierto que el coste de la sanidad pública española es uno de los más bajos de los países de la Unión Europea, obteniendo unos buenos indicadores de salud. Resulta necesaria una revisión del funcionamiento del sistema, pero sin dejar de lado la valoración de los resultados alcanzados. Se necesitan cambios, pero estos deben estar basados en una seria evaluación de

lo existente y en una propuesta explícita de objetivos a alcanzar, fundamentalmente en términos de salud de la población.

Reivindicamos el lugar de las organizaciones de la sociedad civil, sanitarias y comunitarias en la conformación de la agenda sanitaria, así como en su implementación y seguimiento. La sociedad civil ha demostrado un papel clave en el empoderamiento de las personas para reclamar sus derechos y en la reducción de los desequilibrios.

Desde el interior del Sistema Público Sanitario y desde el Cambio Tecnológico

La agudización de la crisis económica contribuye a poner de manifiesto elementos de ineficiencia del sistema sanitario, como la utilización innecesaria de algunos servicios, el aumento incontrolado del uso de tecnologías costosas o los rendimientos mejorables de recursos humanos y materiales. Ante esta situación es evidente que hay que introducir cambios en el sistema, por ejemplo:

Aplicar medidas con visión de futuro, que no pongan en riesgo la financiación pública de los servicios, que garanticen la prestación de servicios de calidad en un tiempo razonable, según necesidad, lo más cerca posible del paciente, con mínima invasión.

Decidir y explicar el objetivo de las medidas y valorar si otras medidas podrían conseguir el mismo objetivo

Aprender de otras experiencias y explorar los resultados de medidas nuevas antes de generalizarlas. Introducir valores en el sistema, en sus gestores y en sus profesionales. Para mejorar la efectividad y la eficiencia de los servicios es imprescindible trabajar mejor y a menor coste.

Esto requiere el reconocimiento del trabajo bien hecho y desarrollar sistemas de motivación y reconocimiento. Valorar y priorizar el uso de tecnologías de bajo coste. A menudo las prestaciones de mayor impacto en los medios de comunicación son las menos trascendentes en términos de impacto en la salud en la población.

Reducir la demanda y la utilización de servicios no necesarios, lo que requiere la formación de la población en general, de pacientes y de profesionales

Es necesario reflexionar y tomar decisiones sobre nuevas estrategias de cuidados de la salud de nuestros conciudadanos, que garanticen la sostenibilidad y la buena atención, teniendo en cuenta el envejecimiento poblacional y la alta prevalencia de patologías crónicas que han dado lugar a perfiles de pacientes en los que la asistencia tiene que integrar lo social y lo sanitario y las cargas del cuidado habrán de repartirse entre hombres y mujeres con mayor justicia, desarrollando a su vez redes solidarias

Para realizar esto se necesita un nuevo liderazgo y una alianza creativa entre los agentes principales del sistema sanitario.

Y, sobre todo, desde la lucha contra la Desigualdad

Los estratos sociales más desfavorecidos tienen menos longevidad que las rentas más altas, y más enfermedad, sufrimiento y dolor en los años de vida. En el País Vasco, hasta el 15 % de la mortalidad es atribuible a causas socioeconómicas, como nivel educativo, confort de la vivienda, clase social, desempleo o tabaquismo.

La crisis económica está afectando más a las personas menos favorecidas de la sociedad. Lo que sería muy preocupante es que los cambios introducidos en los sistemas sanitarios también les castiguen a los mismos. El Real Decreto-ley 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 puede suponer una menor accesibilidad a los más débiles (inmigrantes y personas en paro de larga duración, vagabundos, prostitutas, enfermos mentales sin familia, indocumentados, etc.), y ha propuesto un sistema de copago farmacéutico en el que pensionistas de bajos niveles de ingresos tendrán que, al menos adelantar, unas cuantías económicas que pueden ser relevantes en relación a sus ingresos. Provocando en algunos casos que se dejen los tratamientos farmacéuticos por no poder asumirlos económicamente. Parece imprescindible analizar las consecuencias de su aplicación y proceder a su revisión en los aspectos que afecten a la equidad del sistema.

EN CONCLUSION

Desde el ámbito profesional de la salud se puede hacer mucho para que los cambios que se produzcan en los sistemas sanitarios no empeoren aún más la salud de los perjudicados por la crisis. Si no se garantiza esto, la crisis económica se habrá transformado en una auténtica crisis social.

Estamos en contra de la privatización de la sanidad pública porque ello conduciría a la "ley de cuidados inversos"; ofrecer más servicios a quien menos lo necesitan y menos servicios a quien más lo necesitan. Por eso, estamos por ofrecer nuestro trabajo a toda la ciudadanía y no sólo a los/as asegurados/as aunque esto nos suponga actitudes de desobediencia como el ejemplar comportamiento de los/as médicos/as de familia y de las enfermeras/os de AP, objetores a la desatención de los inmigrantes.

Estaremos pendientes del activismo ciudadano, de las ideas que surjan de la calle y de las formas de influir en la política institucional, porque, no recuperaremos la estabilidad social si no logramos integrar mejor valores, retos y necesidades socio sanitaria

El FORO VASCO POR LA SALUD está integrado por

OSALDE (FADSP),

OSATZEN (SOCIEDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL PAIS VASCO),

ASOCIACION DE ENFERMERIA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE EUSKADI (EFEKEZE),

OME (AEN PAIS VASCO),

MEDICUS MUNDI BIZKAIA y

MEDICUS MUNDI ARABA

La sanidad desde el ángulo izquierdo

¿Qué hay detrás del proyecto de historia digital del SNS interoperable con la sanidad privada?

Por José Martínez Olmos, portavoz de Sanidad del PSOE en el Congreso de los Diputados

Ana Mato anunció que el proyecto de **Historia Clínica Digital** del **Sistema Nacional de Salud** será interoperable con la sanidad privada, de modo que un médico pueda disponer de todos los datos de su paciente "venga del servicio que venga". Lo que aparentemente parece una muy buena noticia, en el fondo **persigue un propósito al que se pueden plantear serias reticencias**.

Por una parte, no está nada claro que sea jurídicamente posible que una información clínica generada en el ámbito de lo público con el uso de recursos económicos públicos pueda **entregarse a empresas privadas sanitarias con ánimo de lucro**, para que usen dicha información clínica evitando costes a esas empresas a costa del erario público.

Por otra parte, no está nada claro que el **Ministerio de Sanidad** sea competente para usar información clínica generada por las comunidades autónomas en el uso de sus competencias y con el consumo de sus propios recursos económicos en una forma en la que una **comunidad autónoma no esté de acuerdo**. Varias comunidades probablemente no estén de acuerdo.

De igual forma, no está nada claro en qué forma se pueden asegurar **las garantías de confidencialidad de los pacientes y de los profesionales** que intervienen en los diagnósticos y tratamientos generados en el SNS.

Y finalmente, creo que hay una objeción política de fondo. Si el SNS le entrega a empresas privadas sanitarias con ánimo de lucro toda la información clínica, pruebas diagnósticas, etc., etc., **¿En qué se convierte el SNS?** ¿En un órgano al servicio de empresas privadas sanitarias con ánimo de lucro? ¿En un sistema parasitado por las empresas privadas sanitarias?

Auguro un difícil proceso a esta idea nada inocente de Ana Mato. **Jurídica, técnica y políticamente**. Lo que de manera aparente busca sólo beneficiar al paciente, es más que probable que encierre otro proceso de colonización del SNS desde intereses económicos privados. De ser así, no cuenten con el PSOE. **Y si este proyecto no cuenta con el PSOE, reconozcan que tiene un complicado futuro.**

Gestión hospitalaria en tiempos de crisis y crisis de la gestión hospitalaria

Por Salvador Peiró. Centro Superior de Investigación en Salud Pública (Csisp-Fisabio). Valencia

Políticos compulsivos a la búsqueda de *soluciones* desesperadas. **Gestores sanitarios** a la deriva, intentando pasar desapercibidos a la espera de que escampe. Médicos y enfermeras huraños y, a veces justificadamente, un tanto asilvestrados. **Pacientes desconfiados** que, en

medio de tanto ruido, no saben muy bien si no los operan porque no deben ser operados, han jubilado al cirujano, el anestesiista no está de humor, han cortado la luz del quirófano por falta de pago o la consejería de turno se lo ha vendido a una empresa privada. Y ciudadanos indignados reclamando una distribución equitativa del despilfarro (si en Villa Arriba se construyó un innecesario hospital de 30 camas, la cercana Villa Abajo también tiene derecho a su ahora todavía más innecesario hospital).

Estas caricaturas no son sólo personajes de una tragedia *griega* (con perdón por el juego de palabras, que no están los tiempos para este tipo de bromas). También deambulan por un sistema sanitario (el **Sistema Nacional de Salud**) que en unos pocos años ha pasado de *intocable* a *insostenible*. De escuchar repetir a todos nuestros electos el mantra “universal, gratuito, público, equitativo y de calidad”, al **desconcierto, el recelo y la desmoralización**.

En este contexto hosco, sometida a una intransigente disciplina financiera, abrumada por la tensión de implantar *recortes* (no siempre razonables) y hostigada por profesionales y pacientes (a veces justificadamente, a veces hiperestésicos), la gestión hospitalaria, que por lo demás siempre anduvo un tanto descaminada, se ha acabado de extraviar. **Es una mala noticia porque si alguna vez hemos necesitado que la gestión hospitalaria no estuviera en crisis es, justamente, en estos tiempos de crisis.**

Aunque no es un marco de análisis muy formal, la gestión sanitaria puede verse como una serie de círculos concéntricos. El primer círculo, el central, incluiría las **experiencias de los pacientes** y vendría configurado esencialmente por los **resultados clínicos y funcionales de la atención** que reciben. Es, sin duda, el núcleo del trabajo de los hospitales, su razón de ser y el principal objeto de la gestión.

Un segundo círculo, envolviendo al primero y no menos central, viene configurado por el funcionamiento de las **unidades de profesionales que prestan los servicios clínicos**. Lo que en teoría de organizaciones se conoce como **microsistemas**. Un microsistema no es un *servicio* o una *sección*. No se define por un organigrama formal (como parecen creer algunos de nuestros gestores), sino que incluye a los profesionales (usualmente varios y variados), sus pacientes, el conocimiento científico existente (la *evidencia*) pero también el que realmente conocen y aplican, un conjunto definido de procesos asistenciales, y las interacciones y flujos de información, formales e informales, dentro del microsistema, con otros microsistemas (sean o no propio hospital) y con los círculos externos.

Los microsistemas son la unidad cardinal de la gestión sanitaria. En ellos se presta la atención médica y de enfermería, se produce el contacto del paciente con el sistema asistencial, se realizan los procesos clínicos y se logran (o malogran) los resultados de salud para los pacientes. El sistema sanitario no puede ser mejor que lo que den de sí estos microsistemas (aunque puede ayudar, y mucho, a que estas unidades funcionen mejor).

El tercer y cuarto círculo vienen conformados, precisamente, por el **funcionamiento de las organizaciones que acogen y dan soporte a los microsistemas: el propio hospital** o la organización en la que se integra el hospital (la gestión hospitalaria), y el **entorno de políticas generales, regulaciones legales** (titularidad del derecho a la asistencia, definición de la cartera de servicios, ...) y **sistemas de incentivos y desincentivos** que enmarcan y modulan los comportamientos, intereses y oportunidades de pacientes, microsistemas y hospitales.

La gestión clínica trata de los microsistemas, de su capacidad para desarrollar una asistencia efectiva, segura, adecuada, técnicamente excelente, centrada en los pacientes, eficiente y acorde a las reglas sociales de respeto a las personas, justicia y equidad. También de la generación de **nuevas evidencias** (investigación), de la incorporación de las existentes a la práctica diaria (innovación) o de la **capacitación de nuevos profesionales para garantizar la calidad de la organización sanitaria futura** (formación).

La gestión hospitalaria y la política sanitaria, los círculos más excéntricos, tratan, en su mejor expresión, de ayudar a los microsistemas a cumplir estas funciones. Pero hace tiempo confundieron su objeto. Centrada en la gestión de lo complementario (la estancia media, el gasto farmacéutico, la gestión de excepciones, la interacción política, etc.) y mediatizada por su extremada dependencia política, la gestión hospitalaria parece haber olvidado lo esencial: su función de ayudar a mejorar la asistencia sanitaria, los procesos clínicos y los resultados para los pacientes. **Esto no quiere decir que la gestión de lo complementario no sea importante o que no deba ser virtuosa, sino, simplemente, que no es un fin en si misma**, sino un medio para que la atención sanitaria pueda cumplir la misión primaria de los centros sanitarios: prestar atención clínica a personas enfermas. Un ejemplo de este (des)enfoque ha sido transformar el concepto de gestión clínica (la gestión de los microsistemas, un aspecto que afecta especialmente a la calidad y eficiencia de los procesos asistenciales), en un problema organizativo (formalizar organigramas que incluyan palabras como *instituto clínico* o *áreas clínicas*, con los correspondientes nombramientos de confianza e incremento del control político del hospital).

La gestión sanitaria no es fácil. Y menos en estos tiempos. Pero su complejidad requiere habilidad, conocimiento y prudencia, no resignación. Las diferencias entre el sector sanitario público (especialmente la excesiva interdependencia política) y los sectores empresariales implican desventajas, pero no anulan la capacidad directiva de los gestores, ni suponen la imposibilidad de gestionar. Quizás simplemente, y sensu contrario, la necesidad de gestionar en los márgenes requiere una gestión mas específica, creativa y eficaz que en otros ámbitos.

Va siendo tiempo de recuperar valores. De entender que la calidad y eficiencia de la gestión y la política sanitaria sólo puede ser definida en función sus efectos sobre los pacientes. Y estos efectos dependen, fundamentalmente, de su capacidad para gestionar los microsistemas asistenciales: conseguir que las unidades clínicas se basen en el mejor conocimiento científico existente, que centren la atención en el paciente y que asuman la responsabilidad por la atención que prestan y por la coordinación de los cuidados a través del sistema sanitario.

NOTICIAS C E S M

Cataluña: el ICS recortará en un 11% el presupuesto de este año

Según un **documento** elaborado por la dirección del Vall d'Hebron al **que ha tenido acceso**

MC-CESM

El sindicato de **Metges de Catalunya (MC)** ha asegurado que el presupuesto del Instituto Catalán de la Salud (ICS) para 2013 caerá un 11%, desde los 2.727 millones de euros presupuestados en 2012 hasta los 2.427 millones que está previsto gastar este año, según un documento elaborado por la dirección del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona al que ha tenido acceso. El recorte real, no obstante, se situará en el 7,3%, ya que la partida finalmente gastada por el ICS el año pasado se situó en los 2.618 millones de euros -un ahorro respecto al presupuesto inicial próximo a los 100 millones de euros-. En relación a los ocho hospitales del instituto -la mayor empresa pública catalana con cerca de 41.000 empleados-, el documento precisa que dispondrán de 1.422,78 millones en 2013 frente a los 1.529,04 gastados en 2012, un recorte del 6,9% y 106,26 millones que será más elevado en el caso del Vall d'Hebron y el Hospital Arnau de Vilanova de Lleida.

Recuerda EUROPA PRESS que MC, mayoritario en la sanidad pública y muy crítico con los recortes sanitarios, ya advirtió en abril que el ICS preparaba un tercer recorte para 2013, aunque los presupuestos todavía no se han presentado en el Parlament.

El documento, elaborado por la dirección del Vall d'Hebron y que fue presentado a los órganos representativos de los trabajadores en el centro a principios de junio, subraya que el principal ajuste se centra en las nóminas - el Govern ha anunciado que volverá a recortar este año el 5% del sueldo de los funcionarios-, si bien también recoge otras medidas relativas a la organización y la dispensación de medicamentos hospitalarios, entre otras. Por ello, advierten de que los médicos tendrán muchas dificultades para mantener la calidad asistencial y aseguran que las nuevas medidas de ahorro "deteriorarán la accesibilidad a lo servicios sanitarios públicos y, en consecuencia, empeorarán las listas de espera". "El único responsable de los perjuicios que pueda ocasionar la disminución del presupuesto sanitario sobre la calidad del sistema y la salud de la población será el Govern", precisa el comunicado, que reitera su petición de dejar la sanidad fuera de futuros recortes.

Fuentes: EUROPA PRESS, 26-06-2013 (con ecos en [ECODIARIO-EL ECONOMISTA](#)); LA RAZÓN, 26-06-2013; REDACCIÓN MÉDICA, 27-06-2013, SANIFAX, 27-06-2013

<http://www.europapress.es/catalunya/noticia-metges-catalunya-asegura-ics-recortara-11-presupuesto-2013-20130626144801.html>

http://www.larazon.es/detalle_normal/noticias/2814873/local+cataluna/los-medicos-denuncian-que-el-govern-recorta-19

<http://www.redaccionmedica.com/autonomias/cataluna/el-ics-reducira-su-presupuesto-un-694-por-ciento-8236>

El Foro de la Profesión Médica decidirá el 11 de julio si hay acuerdo o no con el Ministerio

"Sin mesa de los médicos el pacto no será posible", recuerdan el presidente y secretario general de CESM

Avanza REDACCIÓN MÉDICA (RM) que el Foro de la Profesión Médica planea reunirse el jueves siguiente, el día 11. Una cita en la que la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (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.

Según RM, "todo indica que la Organización Médica Colegial (OMC) se alineará con el rechazo de CESM a la propuesta ministerial sobre gestión clínica, recursos humanos y pacto sanitario"; la entidad colegial ha decidido suspender una asamblea monográfica que tenía proyectada para este jueves para hablar sobre el posible acuerdo con el Ministerio, y tratar este asunto, junto con otros temas, en otra cita que tenía convocada para el 6 de julio.

Discrepa, sin embargo, la prensa médica respecto al grado de afinidad existente entre los distintos miembros del Foro. Así, mientras la información de REDACCIÓN MÉDICA deja entrever que las partes priman el interés por "estar unidos", en palabras del presidente de la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (Facme), José Manuel Bajo Arenas, DIARIO MÉDICO (DM) hace hincapié ya desde el titular en que "el acuerdo con Sanidad abre un cisma en el Foro", asegurando que "hay sensibilidades enfrentadas y que, con la última propuesta ministerial sobre la mesa, el consenso en el seno del Foro es inviable".

Francisco Miralles, secretario general de CESM, dejó claro en DM 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".

Por su parte, el presidente de CESM, **Albert Tomàs**, añade 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".

En este punto, 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 indica Tomàs a DM, dos 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".

Fuentes: REDACCIÓN MÉDICA, 26-06-2013; DIARIO MÉDICO, 26-06-2013

<http://www.redaccionmedica.com/noticia/la-omc-da-por-cerrada-la-negociacion-con-sanidad-5559>

<http://www.diariomedico.com/2013/06/26/area-profesional/profesion/acuerdo-sanidad-abre-cisma-foro>

NOTICIAS GENERALES

ACTA SANITARIA

Hospitales privados de Madrid denuncian a Tomás Gómez (PSM), por 'amenazas' y 'coacción'

La Confederación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados y la Asociación de Clínicas y Hospitales Privados de Madrid han presentado una denuncia contra Tomás Gómez, Portavoz del Grupo Parlamentario Socialista en la Asamblea de Madrid, por un posible delito de amenazas y coacciones a todos sus miembros.

Madrid 28/06/2013

La denuncia, presentada ante la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, incluye el burofax remitido por Tomás Gómez a todos los miembros de la Confederación el pasado 24 de mayo de 2013 en el que se muestra de manera rotunda "la firme oposición" del Partido Socialista de Madrid "a la autorización al SERMAS para adjudicar contratos para la gestión del servicio público de asistencia sanitaria especializada en 6 Hospitales y en 27 Centros de salud madrileños."

La Confederación considera que Tomás Gómez amenazó y coaccionó a sus miembros, al afirmar que "me he comprometido, pública y solemnemente, si los ciudadanos nos otorgan su confianza para formar Gobierno, a una completa y exhaustiva revisión de la legalidad e interés público de las privatizaciones resultantes de este concurso y, en su caso, proceder a la resolución de los contratos y reversión de las mismas." Además, Tomás Gómez amenazó a las empresas con que "perderán el lucro cesante" y los "derechos económicos que puedan tener."

Para Isidro Díaz de Bustamante, presidente de la CNCHIP, "el Sr. Tomás Gómez no tiene derecho a remitir a nuestros asociados una carta que, por su contenido, constituye una amenaza, un verdadero aviso a navegantes, tendente a impedir la presentación de ofertas al concurso para la gestión de 6 hospitales madrileños".

La Confederación también ha denunciado ante la fiscalía las supuestas presiones hacia el Grupo HIMA, único grupo empresarial no español que ha concurrido a dicho concurso, según recogieron algunos medios de comunicación el pasado 14 de junio, y que estarían afectando a la decisión a adoptar por el Grupo.

Díaz de Bustamante considera que la actuación de Tomás Gómez supone, además de una amenaza, un daño irreparable al sector sanitario, a sus profesionales y un grave perjuicio a la ciudadanía. De esta forma, potenciales inversores extranjeros habrían desechado concurrir a la licitación y aquellos que lo han hecho sopesarían su retirada.

http://www.actasanitaria.com/fileset/file_DENUNCIA_CNCHIP_4857089982807755218.pdf

Una denuncia con mucho ruido y poco coste

En medios sanitarios no ha llamado la atención la denuncia presentada por el presidente de la Confederación Nacional de Clínicas Hospitales Privados (CNCHIP), Isidro Díaz de Bustamante, pues consideran que se inscribe en la estrategia montada desde la Consejería de Sanidad de Madrid para dar la impresión de que hay una reacción al rechazo público, encabezado por el PSM, en contra de la privatización hospitalaria. Lo curioso es que, en contra de lo afirmado en muchas informaciones, no es una querrela, sino una denuncia a la fiscalía para que, si lo cree conveniente, actúe. Es decir, la CNCHIP ha recurrido a lo barato; la querrela le hubiera supuesto un cierto desembolso. Y ya que se hace el juego a Tomás Gómez, tampoco conviene gastar mucho.

Colegio y Sindicato Médico de la Región de Murcia, contra La Intersindical

En sendas notas, el Colegio de Médicos de la Región de Murcia y el Sindicato Médico (CESM) han salido al paso de una denuncia realizada por el sindicato SPS La Intersindical, sobre presuntas irregularidades realizadas por parte de algunos especialistas del hospital Virgen de La Arrixaca, al considerar que no cumplen con su horario y son culpables del aumento de las listas de espera. Para el Colegio de Médicos se trata de 'declaraciones infundadas del sindicato SPS La Intersindical', pues, en muchas ocasiones, los profesionales médicos trabajan por encima de sus posibilidades para sostener la calidad de la asistencia que se presta a los ciudadanos. Por su parte, la CESM, que califica de 'falsedad' las declaraciones de La Intersindical, subraya la dedicación de los médicos y recuerda que 'el médico, cuando entra a quirófano, no pone límite horario a su trabajo y, en ocasiones, ha de alargar la jornada sin recibir ningún tipo de remuneración a cambio'.

DIARIO MEDICOCOM

"La regulación del CI debería estandarizar los procesos"



El asesor jurídico del Colegio de Cantabria, Jesús Pellón, apunta la necesidad de una mayor concreción legal sobre la obligación médica de informar

SANTANDER **SANTIAGO REGO** dmredaccion@diariomedico.com

"Los médicos han de ser extremadamente escrupulosos en el acceso del enfermo a una información clave para que pueda elegir en un sentido o en otro. El consentimiento informado (CI) no es un formulismo cualquiera, sino un documento relevante, ya que un porcentaje importante de reclamaciones que se formulan contra los médicos provienen de una deficiente información". Así lo ha señalado Jesús Pellón, asesor jurídico del Colegio Oficial de Médicos de Cantabria y decano del Colegio de Abogados de la región, que pronunció en la sede de la corporación la

conferencia *Recomendaciones Prácticas sobre Consentimiento Informado (CI)*.

Dijo que "la actual regulación es insuficiente, ya que no especifica con claridad el contenido y la cantidad de información que se ha de proporcionar y explicar al paciente, extremo que genera una inseguridad jurídica grande".

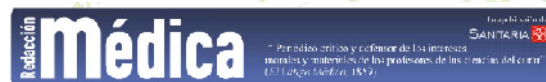
Como solución a esta situación, el letrado apuntó la posibilidad de incorporar al CI una serie de protocolos de información a modo de prácticas médicas y quirúrgicas estandarizadas en lo que a técnicas se refiere, y que permitan al médico incorporar los riesgos individuales de cada paciente. "Como ha recogido el Tribunal Supremo, el médico está obligado a informar al paciente incluso aunque no hubiera necesidad de consentimiento", recordó.

LA EXCEPCIÓN

En los casos de situación clínica de suma gravedad, que desembocan en ocasiones en fallecimiento, "es obvio que no es posible ese CI cuando se dan razones de urgencia vital, pero sí conviene explicar a los familiares la situación de gravedad que se produce, tanto en adultos como en menores. En cualquier caso, hay que explicar al paciente no grave incluso los daños que puede provocar una aspirina, y cualquier tratamiento que se dispense requiere de una información previa sobre los riesgos". A su juicio, la comunicación entre el médico y el paciente ha de ser continuada, y "no vale con que el profesional recoja en un formulario que ha informado al enfermo, sino hacerlo de manera llana y comprensible e incluir también en el documento las cuestiones sobre posibles dudas del procedimiento. No es una firma cualquiera, precisa antes de un diálogo fluido entre el facultativo y el usuario".

OPERACIONES Y MÁS

A juicio del letrado, el CI no se reduce sólo a la cirugía y a las pruebas invasivas, pues hay muchos más elementos que precisan de una estrecha comunicación entre médico y paciente. "El deber de informar del facultativo al paciente es un elemento de la *lex artis* dentro de la actuación de los profesionales. La jurisprudencia recuerda al médico que está obligado no sólo a aplicar bien las técnicas, sino a informar adecuadamente, tal y como recoge la Ley de Autonomía del Paciente". Para concluir, insistió que la información es un proceso y no un acto puntual y "no vale con que el profesional recoja en un formulario que ha informado al enfermo".



EL PROTAGONISTA DEL DÍA

Jaime del Barrio

Director general del Instituto Roche



El Instituto Roche celebra el seminario 'Innovación y Medicina Individualizada en tiempos de incertidumbre', en el que se van abordar las claves y barreras con las que se encuentra este nuevo paradigma médico y clínico en un contexto de crisis y en el que intervendrán ponentes del prestigio de Jon Darpón, consejero de Salud del País Vasco; María Aguirre, directora de Investigación e Innovación Sanitaria de la región, y Guillermo L. Vivanco, jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital de Cruces. La cita tiene lugar durante este viernes y sábado en el Hotel Meliá, en Bilbao.

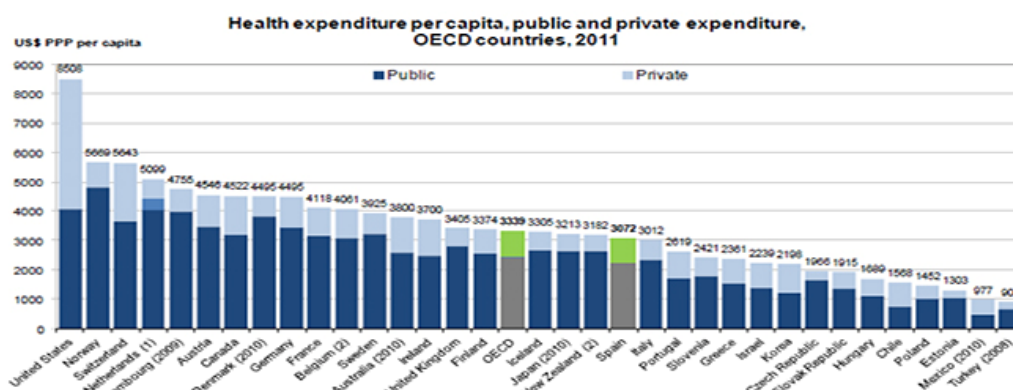
REDUCE EN CASI 200 EUROS 'PER CÁPITA'

España cae a la 'segunda división' de la OCDE en gasto sanitario

Nuestro país acumula dos años de "profundos recortes" y continúa sacando 'mala nota' en ratio de enfermeros y camas por habitante

Javier Leo. Madrid

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) [ha publicado este jueves una nueva edición de su informe anual sobre gasto sanitario](#). Con datos actualizados hasta 2011, la OCDE confirma que España, en lo que a inversión en sanidad se refiere, ha abandonado la 'zona de descenso' de los 35 países más desarrollados del planeta para caer de facto a la 'segunda división' del ranking.



Gasto sanitario per cápita público y privado en los países de la OCDE durante 2011.

En concreto, el informe resalta que nuestro país es uno de los pocos (junto a Irlanda, Grecia e Islandia) que ha encadenado dos años consecutivos de "profundos recortes" en gasto sanitario (-0,5% en 2010 y -2,8% en 2011) después de casi una década de crecimientos superiores al 5 por ciento. Mientras la inmensa mayoría de los Gobiernos analizados han "estancado" su gasto en el periodo analizado, el porcentaje del producto interior bruto (PIB) que España dedica a la sanidad ha caído del 9,6 al 9,3 por ciento entre 2010 y 2011; en la media de la OCDE, pero muy por detrás de las grandes potencias, que superan con holgura el 11 por ciento de su riqueza destinada al sistema sanitario.

Los recortes centrados en el sector público, según subrayan los expertos de la OCDE, hacen caer varios escalones a nuestro país en gasto sanitario per cápita, que pasa de los 2.540 euros por persona y año de 2010 a los 2.356 euros de 2011, casi 200 euros menos por habitante. El 73 por ciento de ese gasto corresponde al sector público (por encima de la media OCDE, 72%), seis décimas menos que el año anterior.

Crece la proporción de médicos por habitante

Sobre los recursos humanos y materiales del sistema sanitario español, el informe destaca un notable incremento en el número de médicos por cada 1.000 habitantes, que crece de 3,8 a 4,1, muy por encima de la media de 3,2 médicos registrada entre los 35 países del informe. Esta 'buena nota' en ratio de médicos contrasta sin embargo con la de los enfermeros, que aunque suben de 4,4 a 5,9 por cada millar de habitantes, siguen por debajo de la media OCDE establecida en 8,7 enfermeras por 1.000 habitantes.

Igual sucede con las camas hospitalarias. Pasa de 2,5 por cada 1.000 habitantes a 3,2, aunque sigue por debajo del estándar situado en 4,8 camas. Por su parte, en tecnología sanitaria España ha mejorado sus recursos: aumenta de 10,7 a 13,9 los equipos de resonancia magnética por millón de habitantes (la media está en 13,3), y de 15 a 17,3 el número de TAC (media de 23,2).

Mayor esperanza de vida

La OCDE también analiza los resultados en salud obtenidos a partir de las cifras de gasto, y ahí España vuelve a destacar por su elevada esperanza de vida: aumenta dos décimas hasta los 82,4 años, dos por encima de la media y solo por detrás de suizos (82,8 años) y japoneses (82,7). La tasa de fumadores cae asimismo del 26 por ciento de la población al 23,9 por ciento registrado en 2011 (todavía por encima de la media del 20,9%), mientras que la obesidad en adultos aumenta seis décimas hasta alcanzar al 16,6 por ciento de la población, por debajo de la tasa de Estados Unidos (28,5%) pero peligrosamente lejos de países como Suiza (8,2%), Italia (10%) o Francia (12,9%).

Isidro Díaz de Bustamante resucita el burofax de Tomás Gómez

Flaco favor le ha hecho **Isidro Díaz de Bustamante** a la **Consejería de Madrid** denunciando el burofax de **Tomás Gómez** y 'resucitando' así lo que era una anécdota que el **secretario general del PSM** articuló para obtener publicidad y salir en los medios. Ahora la **Confederación de Hospitales** le 'baila el agua' a **Gómez** dándole notoriedad, seguramente creyendo que le hace una gracia a la Consejería. **Díaz de Bustamante**, que es abogado, da la impresión de que ha estado buscando un fleco para hacerse notar y apuntarse un tanto, pero huele a que es más un cohete para que le vean en el sector que una realidad, y al final puede quedar en una 'charlotada' más de un presidente que debe ser relevado por tantas que lleva. La **Confederación**, por los centros a los que representa, merece un líder de verdad, y el burofax de **Tomás Gómez** no merecía ser aireado como si tuviera una importancia que, desde luego, ni ha tenido, ni tiene, ni tendrá...

OCIO Y ENTRETENIMIENTO

Por Ley

ECOS Y COMENTARIOS

Se reabre el debate sobre el derecho al olvido

Por Ricardo De Lorenzo

El pasado 25 de junio se reabrió el debate sobre la necesidad de una regulación del derecho al olvido en internet al conocerse las conclusiones del Abogado General del Tribunal de Justicia de la Unión Europea, Niilo Jääskin, sobre el asunto Google Spain, S.L., y Google Inc., contra la Agencia Española de Protección de Datos.

Como ya tuvimos ocasión de comentar, el origen de este conflicto se basa en diversas solicitudes de cancelación de datos presentadas al buscador Google, por parte de personas que deseaban que ciertas referencias y/o informaciones contenidas en webs de terceros así como en diarios oficiales o periódicos, tras la digitalización de algunas hemerotecas, no figurasen como resultados de búsqueda, figurando entre ellos, el caso de un cirujano plástico sobre el que fue

publicada presunta negligencia sobre la que acabó siendo absuelto.

Estas cuestiones fueron resueltas, por la Agencia Española de Protección de Datos con carácter favorable en algunas ocasiones, y no en otras, en las que aduciendo la primacía del derecho a la libertad de información se consideraba que no había obligación de borrado por parte de Google de esta información, siendo la Sección Primera de lo Contencioso Administrativo de La Audiencia Nacional, la que a raíz del volumen de procedimientos a resolver sobre esta materia en vía de recurso, planteó varias cuestiones prejudiciales ante El Tribunal de Justicia de la Unión Europea, centradas en el ámbito de de aplicación de la Directiva 95/46/CE, reguladora de la materia de protección de datos, relativas a la responsabilidad del buscador de internet Google y del alcance del derecho de cancelación de datos en la red, lo que más comúnmente ha venido a denominarse el derecho al olvido.

El derecho al olvido, que en la actualidad no está reconocido como tal ni desarrollado, no persigue sino la eliminación o el bloqueo de aquella información que por el transcurso del tiempo carezca de interés o sea obsoleta, que aplicado a los motores de búsqueda suele colisionar con el derecho a la información. Una simple búsqueda en internet nos abre una ventana a cantidad de información personal, ya no sólo publicada por el propio titular de la misma, sino por terceras personas.

Las Conclusiones del Abogado Sr. Niilo Jääskinen, son rotundas al considerar que los derechos de cancelación y bloqueo de datos, en la Directiva 95/46, no confieren al interesado el derecho a dirigirse a un proveedor de servicios de motor de búsqueda para impedir que se indexe información que le afecta personalmente, publicada legalmente en páginas web de terceros, invocando su deseo de que los usuarios de Internet no conozcan tal información si considera que le es perjudicial o desea que se condene al olvido.

Google ha señalado que pedir a los buscadores que eliminen 'contenidos legales y legítimos' "equivaldría a la censura" mientras que la Agencia Española de Protección de Datos vuelve a insistido en que no se trata en modificar o alterar fuentes originales, si no de poner fin a su difusión en los motores de búsqueda de Internet partiendo de la premisa de que se trata de informaciones obsoletas que carecen de relevancia o interés público y su difusión genera una lesión de derechos a su titular.

De momento, sólo queda esperar a la sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea, que se espera para el mes de octubre aproximadamente, para conocer en qué medida los ciudadanos pueden acceder a su derecho al olvido y cuáles son las responsabilidades de los buscadores en Internet, así como a la posible elevación de este olvido a derecho a través del aún borrador del Reglamento Europeo de protección de datos que así lo recoge.

