

Recobremos el placer de ser médicos

Boletín Informativo SMC-CESM

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

MEDICOS

que defienden a los

MEDICOS

Unidos podemos



Unidos podemos

TABLON DE ANUNCIOS DEL SMC-CESM

Vamos a empezar un nuevo curso tras las vacaciones estivales. Durante este silencioso mes algo hemos “trabajado” con Consejería. Nada importante, Ni noticioso, pues hemos “actuado” en el ya sempiterno escenario de su “no tenemos un duro” y nuestro “virgencita, que me quede como estoy...” y el “hay cosas de voluntad que su materialización no cuesta un duro...”. En fin, que comienza un nuevo curso y en él, quizás, podamos encontrar motivos de negociación. Sin alharacas ni excesivas ilusiones, pero tras prolongada sequía. Ya veremos...

NOTICIAS GENERALES

LISTAS DE ESPERA

Desigualdades en las demoras autonómicas, legales y reales

Las comunidades han regulado tiempos máximos de espera diferentes y muestran esperas muy dispares.

L.G.I. Madrid | laura.gutierrez@diariomedico.com | 02/09/2013

Los datos de listas de espera publicados por las autonomías reflejan grandes diferencias entre los apenas 10 días que insiste en tener Madrid (que calcula la demora de forma distinta) y los más de 130 de Cataluña. Las diferencias van incluso más allá de la práctica real y se constatan en los derechos legales.

Con carácter nacional, la única regulación es un real decreto de julio de 2011 que fija como criterio marco 180 días de espera máxima en cinco procesos (cirugía cardíaca valvular, cirugía cardíaca coronaria, cataratas y prótesis de rodilla y cadera).

Esta garantía significa el derecho del paciente a ser atendido en la privada (y ahora también en el extranjero) si se supera el plazo. El decreto nacional deja en manos de las autonomías la gestión en sí misma de la lista de espera, por lo que depende de la autonomía, a través de una ley específica, como en Galicia, o de planes de gestión como en la mayoría, la decisión de priorizar a unos pacientes u otros en función de criterios clínicos... o incluso de no hacerlo. Hasta el momento todas las regiones han regulado las garantías máximas de espera, a excepción de Asturias y Madrid, pero no la gestión de la lista.

Sus regulaciones son previas al decreto nacional y fijan periodos de espera máxima diferentes de entre 30 y 180 días para cirugía, de 10 a 60 días para pruebas diagnósticas (la mayoría 30) y de 7 a 60 días para consultas (la mayoría 60). Las garantías son genéricas en unas regiones y en otras afectan sólo a algunos procesos.

La oncología y los trasplantes son la gran excepción del sistema

La oncología y los trasplantes de órganos han conseguido mantenerse al margen del sistema de garantías máximas de espera regulados por las autonomías y, con ello, también de ver condicionada la forma de gestión de sus listas, pudiendo decidir por prioridades clínicas. José López Torrecilla, presidente de la Sociedad Española de Oncología Radioterápica, explica que en su área se recomienda no esperar más de un mes "porque estudios británicos han calculado que eso ahorra 2.500 vidas al año y la mayoría de las autonomías están respetando estos plazos, aunque sería bueno que se estudiaran las listas de espera reales".

En el resto de especialidades, tan sólo algunas autonomías, como Cataluña, empiezan a fijar criterios de prioridad, que en su caso puntúan ocho aspectos: gravedad, síntoma principal, progresión, limitación de las actividades cotidianas, probabilidad y grado de recuperación, no tener cuidador, tener personas a cargo y limitación para trabajar.

LA GESTIÓN POR CRITERIO CLÍNICO SE PERVIERTE

Los médicos piden decidir la prioridad en demoras

La lista de espera ha subido de 76 días a 100 y Sanidad anuncia un decreto para fijar pacientes prioritarios. Menos conciertos, eliminación de 'peonadas', despido de eventuales y jubilaciones elevaron las demoras.

Laura G. Ibañes. Madrid | laura.gutierrez@diariomedico.com | 02/09/2013

Hace tan sólo unos días que se dispararon las alarmas tras la publicación de los datos de las listas de espera en el SNS a cierre de 2012. Las cifras dejaban poco lugar a dudas sobre el fuerte incremento experimentado: en sólo seis meses, desde junio de 2012 a diciembre del mismo año, la demora media en cirugías creció de los 76 días a los 100, fijando un récord histórico nunca visto desde que se empezó a hacer esta estadística, en 2004. No sólo creció el retraso en poder ser intervenido, sino también la bolsa de pacientes en espera, que subió un 6 por ciento, rozando ya los 600.000. De éstos, además, el 16,5 por ciento lleva en espera más de seis meses, un porcentaje que nunca antes había superado el 10 por ciento.

Es difícil que los datos cogieran a alguien por sorpresa: el colectivo médico, las patronales sanitarias y las asociaciones de pacientes llevaban meses alertando de posibles incrementos en las listas de espera como consecuencia de la eliminación de las peonadas, la congelación de la compra de tecnología sanitaria, la reducción de los conciertos con la sanidad privada, las jubilaciones forzosas, la

prohibición de sustitución completa del personal de baja y el despido de eventuales. Y la Administración, a su vez, había avisado de incrementos como consecuencia de las huelgas y hasta se había visto obligada en algunas autonomías, como Navarra, a dejar en suspenso la ley de garantías de demora.

- **Algunas sociedades reclaman mejoras en el acceso a la información clínica y contacto directo entre especialista y primaria para evitar esperar hasta citar al paciente**
-

Los porqués del incremento de las demoras son tan evidentes como difíciles de cuantificar en impacto, más aún teniendo en cuenta la disparidad de criterios autonómicos en la medición de listas de espera.

Comoquiera que sea, los datos han servido para despertar de nuevo el debate sobre cómo deberían gestionarse las listas de espera, no sólo ante la actual situación de recortes económicos sino a tenor de lo que clínicamente parece más adecuado. El propio Ministerio de Sanidad se ha apresurado a anunciar que trabaja ya en un real decreto "para establecer prioridades y unificar los criterios clínicos que las comunidades autónomas deben seguir para atender a los pacientes que tienen en lista de espera, tanto para la realización de pruebas diagnósticas como para intervenciones quirúrgicas".

La idea es regular no sólo la garantía máxima de espera, que da derecho a ser atendido en un centro privado si se supera el plazo, cuestión ya regulada, sino también la propia gestión de las listas, fijando prioridades por paciente. No es una idea nueva -algunas autonomías, como Galicia, ya la aplican por ley y otras tantas la han incluido en los planes de gestión y pilotan la experiencia, como Cataluña-. Estaba ya en boca de profesionales, como el presidente de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, Juan González Armengol, que en una reciente entrevista con DM apostaba por "introducir términos de triaje programado, quirúrgico y diagnóstico" en la gestión de las demoras para "hacer como en Urgencias: atender antes según la gravedad del paciente".

En línea parecida se expresa Javier Vaquero, vocal de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatológica, la especialidad con mayor número de pacientes que sufren demoras. Según Vaquero, hay dos motivos fundamentales por los que crece la lista de espera, "la eliminación de la actividad de tarde en los quirófanos y los acuerdos de garantías máximas de algunas autonomías, como Madrid, que fijan una garantía general de 30 días y, en caso de rechazar la posibilidad de ser intervenido en otro hospital, 180 días". En su opinión, ese sistema de garantías máximas es "absolutamente perverso porque fuerza a atender a pacientes que no son prioritarios en 30 días mientras que permite 180 días en pacientes que sí pueden ser prioritarios".

Vaquero va más allá y afirma que esa falta de criterios clínicos actuales en la gestión de las listas "nos plantea incluso un problema ético", por lo que apela a la fijación de criterios clínicos "que actualmente sólo se aplican en oncología".

Desde la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), su presidente, Enrique Cruz, reconoce que "el orden es por prioridad del paciente", pero celebra que "se establezcan criterios de carácter nacional que eviten las diferencias autonómicas".

Cruz descarta que deban entrar en juego valoraciones económicas sobre el coste que podría generar el retraso en intervenciones a un paciente concreto, pero alerta de que el problema real no está en las demoras quirúrgicas "sino en las diagnósticas, que deberían tener también un sistema de priorización, aunque reconozco que es difícil de establecer". Cruz comparte su énfasis por la prioridad por el diagnóstico con Luis Javier Álvarez, presidente de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul, otra de las especialidades con datos más controvertidos en demoras: "Un paciente sin diagnosticar es un peligro en potencia y por eso la prueba diagnóstica debe ser la prioridad y a partir de ahí el uso de criterios clínicos entendiendo que cada paciente es diferente, sin rigideces".

Según Álvarez, "establecer tiempos máximos de seis meses con carácter general no tiene sentido, como se ha demostrado en el caso de prótesis de cadera y rodilla, que han colapsado el acceso en los quirófanos a pacientes que podían tener mayor prioridad". Álvarez carga las tintas no sólo contra la actual norma estatal, que fija esa garantía genérica de 180 días para varios procesos, sino también contra la eliminación de las peonadas: "Con independencia de si se retribuye de una forma u otra, los quirófanos no pueden estar parados por las tardes. La cirugía es cada vez menos invasiva, lo que hace que crezca el número de pacientes intervenidos y no podemos permitirnos el lujo de cerrarlos a las tres de la tarde".

En un paso más allá, Fernando Carballo, presidente de la Sociedad de Patología Digestiva, dice que "hasta ahora las listas se han abordado pensando que lo importante es incrementar la actividad, cuando lo relevante es tener acceso a la información clínica para poder valorar y clasificar a los pacientes por prioridad. Se trata de resolver problemas clínicos y éstos pueden resolverse entre profesionales a veces sin necesidad de esperar a citar al paciente".

A esta idea apela también Rogelio Altisent, responsable de la Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica de Zaragoza. En su opinión, una norma rígida "no garantiza nada: la responsabilidad del médico ante una espera excesiva quedaría diluida, pero su responsabilidad ética no. Y eso es lo que provoca que el médico advierta en el informe que es un paciente prioritario o que ante una espera previsiblemente larga opte por saltarse el camino y derive al paciente a urgencias".

Altisent concluye así que, "aunque sea positiva, una norma de priorización no basta: hace falta coordinación y diálogo directo entre AP y especializada".

Con todo, Fernando Sánchez, profesor de Economía de la Salud de la Universidad de Murcia, duda de que Sanidad pueda regular criterios muy específicos "porque la gestión corresponde a las autonomías e incluso a los hospitales". En su opinión, la priorización debería incluir "no sólo aspectos clínicos sino también sociales, ya que en los estudios académicos que hemos hecho, los pacientes y los clínicos otorgan también un peso importante, de 30 puntos sobre 100, a cuestiones como la incapacidad para trabajar o la dependencia al de decidir la prioridad en listas y en esa línea caminan autonomías como Cataluña".

AÚN NO SE CONOCE SUSTITUTO

Manuel Cervera, portavoz sanitario del PP, deja la política

Manuel Cervera, hasta ahora portavoz sanitario del PP en el Congreso, ha confirmado a DM que deja la política para centrarse en "proyectos personales y profesionales"; baraja recuperar contacto con la oftalmología, llevar a cabo proyectos de gestión y fomentar su labor docente

José A. Plaza | 30/08/2013

El portavoz del PP de Sanidad en el Congreso de los Diputados, Manuel Cervera, acaba de confirmar a DM que deja la política y su escaño en la Cámara Baja. Aún no se conoce su sustituto.

Cervera ha explicado a este periódico que sus motivos son "personales y profesionales" y que tiene en mente centrarse en otros proyectos; entre las posibilidades que maneja ha citado recuperar contacto con su especialidad (es médico oftalmólogo), trabajar en proyectos de gestión y dedicar más tiempo a la docencia, actividad que ya ejercía. Ha agradecido a su partido la confianza depositada en él, especialmente "a Mariano Rajoy, Ana Mato y Alfonso Alonso", y se ha mostrado satisfecho de marcharse "en un momento en el que gozo de todo el respaldo de mi grupo".

Tras declararse "un apasionado de la política sanitaria", ha dicho que en su partido le han dejado "la puerta abierta para volver", pero ha insistido en que es momento de dedicarse a otras cuestiones que no le permitirían estar al cien por cien con la política, "que es lo que se merece esta profesión".

CITAS CLAVES DE LA PROFESIÓN PARA EL NUEVO CURSO

Firme rechazo de los colegios a la tentativa de tutelaje oficial

La tramitación del polémico anteproyecto de Ley de Colegios, la última ECOE de Familia para los pre-95 y la aprobación del real decreto de troncalidad marcarán los próximos meses.

F. Goiri. Madrid | fjgoiri@diariomedico.com | 02/09/2013

El último Consejo de Ministros previo al parón veraniego aprobó el inicio de la tramitación del Anteproyecto de Ley de Colegios y Servicios Profesionales, un texto que, cuando cobre cuerpo de ley, fijará las normas de colegiación y regulará la organización y funcionamiento de todas las corporaciones colegiales, sean o no de adscripción obligatoria.

Como su propio nombre indica, el documento que el Ministerio de Economía y Competitividad llevó a ese Consejo de Ministros es sólo un anteproyecto al que le queda un largo trámite (audiencia pública y periodo de alegaciones, en principio hasta el 16 de septiembre; dictamen del Consejo de Estado, reenvío al Consejo de Ministros para su transformación en proyecto de ley, y remisión final al Parlamento para su tramitación legislativa), pero su contenido ya ha suscitado el firme y unánime rechazo de Unión Profesional, que agrupa a todas las organizaciones colegiales de España, incluido el Consejo General de Colegios de Médicos.

La función de "tutela administrativa específica" que el anteproyecto de Economía contempla en su artículo 33 -y que ya aparecía en los primeros borradores del texto- ha sido calificada por fuentes de Unión Profesional como "un claro intento de intromisión y control por parte del Gobierno en la labor de los colegios". Tal es el malestar de las 33 corporaciones agrupadas en torno a Unión Profesional que fuentes de la Organización Médica Colegial dicen que "ese tutelaje oscurece incluso la colegiación obligatoria", que el anteproyecto ratifica para todas las profesiones sanitarias (además de las jurídicas y técnicas).

La tutela de la Administración se sustancia en unas "obligaciones de transparencia" que implican la presentación de una memoria anual con información económica, administrativa, organizativa y de funcionamiento, y que, en el caso de las profesiones con colegiación obligatoria, incluirá un informe de auditoría contable. Una vez recibida la memoria, la Administración de tutela (nacional o autonómica) emitirá un informe y "en caso de inactividad, retraso o mal funcionamiento" del colegio podrá avocar para sí sus competencias o asumir temporalmente la gestión de sus potestades.

El anteproyecto confirma, además, el estricto régimen de incompatibilidades que se apuntaba en los primeros borradores para toda la junta directiva (ver DM del 4-I-2013) e impide que los cargos colegiales reciban una remuneración específica, salvo se dediquen en exclusiva al colegio.

CITAS CLAVE DE LA PROFESIÓN PARA EL NUEVO CURSO

Un acuerdo muy voluntarista que urge desarrollar

Ministerio de Sanidad y Foro de la Profesión concretarán este mes en una conferencia específica los términos del ambicioso acuerdo laboral y profesional firmado en vísperas del verano.

Francisco Goiri. Madrid | fggoiri@diariomedico.com | 02/09/2013

El 30 de julio, mientras media España se preparaba para disfrutar de sus vacaciones estivales, Mariano Rajoy y su ministra de Sanidad, Ana Mato, suscribieron en el Palacio de la Moncloa un [acuerdo con el Foro de la Profesión](#) cuya gestación fue tan larga como ardua.

Más de 6 meses de encuentros y desencuentros en torno a tres ejes (Pacto por la Sanidad, Recursos Humanos y Gestión Clínica) culminaron en un texto de mínimos y con varios enunciados muy genéricos que se concretará apenas se inicie el curso: Sanidad y Foro prevén celebrar este mes una conferencia conjunta para -en palabras de Francisco Miralles, secretario general de CESM- "explicar, detallar y, sobre todo, concretar los puntos de un pacto que, de momento, es más una declaración de intenciones que un documento de trabajo".

El texto, de apenas 11 páginas, gira en torno a 2 principios básicos y tan fáciles de consensuar entre ambas partes como difíciles de traducir en medidas concretas: definir "un modelo de financiación suficiente, respetuoso con la estabilidad presupuestaria y la consolidación fiscal, y que sea coherente con los principios de cohesión territorial, igualdad y equidad", y elaborar "un Pacto por la Sanidad que evite que ésta sea objeto de confrontación política". El primer punto (y así lo dice expresamente el texto) implica la necesidad de "impulsar reformas en las políticas presupuestarias de las autonomías para que sus presupuestos garanticen un gasto per cápita adecuado para la cartera de servicios del SNS". De ahí la importancia, según el Foro, de implicar a las autonomías en un pacto del que, de momento, están ausentes, y de hacerlo mediante su ratificación formal en el primer Interterritorial posterior a la conferencia prevista para septiembre. "De lo contrario -augura Miralles- todo quedará en agua de borrajas".

Y "todo", aparte de la financiación, son aspectos tan importantes, que competen a las comunidades, y que están citados expresamente en el pacto como: "afrentar la planificación de necesidades de recursos humanos", "promover medidas en materia de empleo médico", definir "un nuevo modelo retributivo" y promocionar un modelo de unidades de gestión clínica que debería desarrollarse en cada servicio de salud. Con respecto a este último punto, Carlos Macaya, vicepresidente de Facme y miembro del grupo de trabajo de Gestión Clínica, matiza que el acuerdo es "sólo un marco de mínimos, pero ahora hay que pintar el cuadro y desarrollar el modelo en cada región, y casi en cada hospital o centro de salud, y eso compete a las consejerías y gerentes, bien es verdad que con las directrices que fija el documento base".

Modificar la Lops

Con respecto al punto más espinoso, la negociación bilateral Administración-médicos, que exigía el Foro (y especialmente CESM), el texto contempla la elaboración de "un estatuto jurídico propio para el médico" (pero no da plazos ni aclara el alcance de esa regulación) y acuerda crear "una mesa de diálogo permanente y directo entre los médicos y el Ministerio (y otra con Enfermería)". La composición, estructura orgánica y funcionamiento de ambas mesas (y, por tanto, su efectividad) se decidirá en un plazo de 6 meses e implicará, en cualquier caso, una modificación expresa de la LOPS, que no contempla esa interlocución directa.

Además de implicar a las comunidades, el Foro está empeñado en hacerlo con todos los grupos políticos, pero José Martínez Olmos, portavoz parlamentario de Sanidad del PSOE, avanza su escepticismo "ante cualquier iniciativa que no garantice la financiación suficiente y estable, la universalización de la Sanidad, tal y como se recoge en la Ley de Cohesión, y la apuesta por una gestión pública".

CCOO, CSI-F y UGT recurrirán el texto apelando a que vulnera la negociación

Si en algo están de acuerdo los responsables de las federaciones de Sanidad de CCOO, UGT y CSI-F es en su rechazo a un pacto que, según Pilar Navarro, representante de UGT, "invade las competencias que la ley reserva a los sindicatos representativos de la Sanidad (condiciones laborales, jornada, selección y provisión de plazas, modificaciones estatutarias...) y vulnera, por tanto, los mecanismos de negociación colectiva".

Mientras los gabinetes jurídicos de CCOO y CSI-F reúnen argumentos para recurrir ante los tribunales el pacto en su conjunto, Navarro prefiere esperar a ver cómo se sustancia su desarrollo e "impugnar específicamente aquellos puntos que invadan aspectos reservados para el Ámbito de Negociación". La última reunión de este foro (celebrada el 13 de agosto y presidida por Javier Castrodeza, director

general de Ordenación Profesional) se abrió precisamente con una reprobación conjunta de los 3 sindicatos al acuerdo.

Fernando Molina, presidente de Sanidad de CSI-F, recuerda, además, que el único sindicato firmante de ese pacto (CESM) "no reúne el 10 por ciento de representación necesaria para estar en el Ámbito de Negociación [está representado en ese foro formando parte de la Federación de Sindicatos de Educación y Sanidad] y, por tanto, su legitimidad es dudosa".

GRUPO DE TRABAJO EN SEPTIEMBRE

Cantabria tendrá una ley específica de salud pública

Cantabria trabaja en una ley de salud pública específica para la comunidad; en septiembre se formará un grupo de trabajo técnico y se contará con las asociaciones de pacientes.

Redacción | 28/08/2013

La Consejería de Sanidad de Cantabria elaborará una ley de salud pública específica para la autonomía, proyecto para el que espera contar, según ha indicado el departamento liderado por María José Sáenz de Buruaga, con la participación de asociaciones de pacientes. Junto al Observatorio de Salud Pública y una escuela de salud, esta ley supone una de las líneas fundamentales en salud pública para esta legislatura.

Una treintena de organizaciones de pacientes han acudido hoy a un encuentro en la sede de la consejería, en el que el director general de Salud Pública, José Francisco Díaz, ha anunciado y explicado el proyecto. También han estado presentes en la reunión el director del Observatorio de Salud Pública, Raúl Pesquera, y el responsable de los Servicios Jurídicos de la Consejería, Joaquín Cayón.

La creación en el mes de septiembre de un grupo de trabajo, del que formarán parte técnicos de la Dirección General de Salud Pública y de los servicios jurídicos de la consejería, será el punto de partida de la futura ley autonómica, que complementará la Ley General de Salud Pública 33/2011, de 4 de octubre.



EN 2007, LA TASA DE INTERVENCIONES FUE DEL 39%

Casi la mitad de las cirugías ya son ambulatorias

De los procedimientos quirúrgicos con más porcentaje de resolución en este nivel están los realizados sobre el cristalino

Sábado, 31 de agosto de 2013

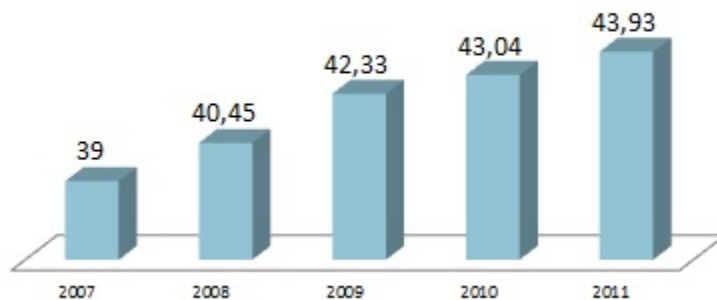
Hiedra García Sampedro. Madrid

El 43,93 por ciento de las intervenciones quirúrgicas realizadas en 2011 no necesitaron ingreso y se llevaron a cabo de manera ambulatoria en el Sistema Nacional de Salud. Desde 2007, este porcentaje ha crecido un 5 por ciento. En términos globales, la tasa general de todas las intervenciones quirúrgicas por 1.000 habitantes ha aumentado de 99,16 en 2007, a 102,64 en 2011.

De los procedimientos quirúrgicos con más porcentaje de resolución de forma ambulatoria están los realizados sobre el cristalino (el 97 por ciento se desarrollan en este nivel); mientras que de las intervenciones

relacionadas en el útero y anejos, solamente el 42,84 por ciento se llevan a cabo de esta forma. En los procedimientos sobre el pie, la cirugía ambulatoria representa el 58,80 por ciento, y en los de mano y muñeca, el 63,96 por ciento.

Porcentaje de cirugías resueltas de manera ambulatoria



Entre las comunidades con mayor tasa de ambulatorización de las intervenciones quirúrgicas destaca La Rioja (57,60 por ciento), Andalucía (53,44) y Castilla-La Mancha (49,87). Por otro lado, las comunidades con menor porcentaje son Cantabria (22,91), Galicia (25,22) y Navarra (30,47).

Intervenciones quirúrgicas

En cuanto a las intervenciones quirúrgicas en general, la comunidad que más procedimientos realiza es Cataluña, ya que su tasa de cirugías por 1.000 habitantes es de 123,23, seguida del País Vasco (122,05) y Madrid (119,49). Donde menos intervenciones se realizan es en Cantabria (65,41), Canarias (78,50) y Castilla-La Mancha (79,73).

CONVOCAN HUELGA DE 24 HORAS

Valdecilla se quedará 15 días sin limpieza



Los trabajadores rechazan nuevas condiciones laborales que llevan al paro a 50 personas

Domingo, 01 de septiembre de 2013

Redacción. Santander

Los trabajadores de la limpieza del Hospital Valdecilla han convocado una huelga de quince días y a jornada completa, del 12 al 26 de septiembre, por la "imposición" por parte de la empresa, Uni2, de una modificación de la condiciones de trabajo que, entre otras cosas, "reduce más de 50 puestos". En sendas asambleas de trabajadores celebradas en Valdecilla y en Hospital de Liencres, los trabajadores han secundado la propuesta de huelga que planteó el comité, por la reducción del medio centenar de empleos.

Con esta iniciativa confían en que la dirección del hospital y la Consejería de Sanidad "no permitan" que la empresa aplique medidas "tan desproporcionadas" como las que, a juicio de los trabajadores, pretende implantar, y que supondrían el "incumplimiento" del contrato de limpieza. En un comunicado, el sindicato USO informa de las medidas "impuestas" por la empresa de forma "unilateral", entre las que cita ampliación de la jornada laboral en 144 horas anuales, o modificación de la distribución de la jornada por la que se considera sábados, domingos y festivos laborables para el personal de jornada completa.

También apunta el sindicato la variación de la jornada diaria, ampliándola o reduciéndola en función de las necesidades de la empresa, la eliminación de más de 20 puestos así como la cobertura de vacantes, que supone la amortización de unos 30 empleos más, y la reducción de los días de trabajo al personal de jornada parcial, a los que se imponen condiciones "totalmente precarias". USO considera que, con estas medidas, la empresa pretende ampliar la jornada a los trabajadores para reducir puestos de trabajo, y "dentro de unas semanas o meses estar en disposición de despedir a unos cuantos trabajadores". Por último, señalan que las negociaciones mantenidas recientemente empresa "nunca" ha justificado pérdidas, sino "todo lo contrario", ya que ha obtenido "grandes beneficios".

EL MEDICO interactivo
DIARIO ELECTRÓNICO DE LA SANIDAD

La foto del verano 2013: la profesión médica en el Pacto de La Moncloa

Madrid (31-02/09/2013) - Antonio Pais

- Se producía la firma del Pacto por la Sanidad que el Foro de la Profesión Médica y el Ministerio llevaban buscando desde el mes de febrero
- Destaca en un verano muy intenso: Consejo Interterritorial con pacto sobre la troncalidad, y de Dependencia, acuerdo sobre la última prueba ECOE, proceso de externalización en Madrid, reforma de la Ley General del Medicamento y ámbito de negociación, entre otros

El 30 de julio de 2013 será recordado por una foto histórica: la que se hicieron los representantes de las profesiones médica y enfermera en el Palacio de La Moncloa con el presidente del Gobierno, Mariano Rajoy, y la cúpula directiva del Ministerio de Sanidad. En el caso de los médicos, la foto resumía la firma del Pacto por la Sanidad que el Foro de la Profesión Médica y el Ministerio llevaban buscando desde el mes de febrero. La rúbrica del Pacto por parte del Foro es, más que la foto del verano, la foto

del año y de los últimos tiempos. Destacó en un verano que, como es norma en los últimos años, resultó muy intenso en los diversos ámbitos sanitarios: Consejo Interterritorial (con pacto sobre la troncalidad) y de Dependencia, acuerdo sobre la última prueba ECOE, proceso de externalización en Madrid, reforma de la Ley General del Medicamento, ámbito de negociación...

El Pacto por la Sostenibilidad del sistema sanitario lo firmaron en La Moncloa el Foro de la Profesión Médica y representantes del Ministerio de Sanidad, después de muchos días de incertidumbre sobre si la firma sería posible. El Foro defendió su sí a la firma, decidido por unanimidad entre las organizaciones que lo forman (OMC, CESM, FACME, CNECS, Decanos y CEEM) en los avances habidos respecto al mantenimiento de un Sistema Nacional de Salud (SNS) "universal, equitativo y solidario", alejándolo de los intentos de privatización; en la garantía de las condiciones básicas de los profesionales; y en la búsqueda de un régimen específico para los médicos, así como en la gestión clínica liderada por éstos y en la creación de un foro de profesiones sanitarias tituladas.

La ministra Ana Mato destacó, por su parte, que el Pacto, que concierne a medio millón de profesionales sanitarios en España, está destinado a proteger la gestión sanitaria del debate partidista y a defenderla como uno de los pilares básicos del Estado del Bienestar

CESM, integrante del Foro de la Profesión Médica, destacó que con el acuerdo los médicos tendrán un estatuto jurídico propio e interlocución directa con la Administración; se promueve su liderazgo en la gestión clínica y se garantiza que no habrá más recortes a nivel estatal; asimismo, celebró que se promueve el desarrollo profesional del médico y que los médicos APD y de Cupo y Zona (unos 1.200 en España, que según el RDL 16/2012 perderían su condición de funcionarios a partir del próximo 31 de diciembre) mantendrán sus condiciones actuales hasta la edad de jubilación .

Aunque en el seno de esta organización hubo voces discordantes: especialmente, la del Sindicato Médico de la Comunidad Valenciana, que no asumió la "firma política" de un documento que "sólo beneficia al Ministerio" y advirtió que CESM queda "al borde de la ruptura".

El Pacto también recibió críticas del PSOE, que ve "las raíces del sector privado están cada vez más extendidas en la red sanitaria pública" y censuró la ausencia de las CC.AA. en este acuerdo. Ya en agosto, los sindicatos CC.OO y CSI.F (buscarán el apoyo de UGT) anunciaban que en septiembre presentarán un recurso contra los convenios firmados en la Moncloa al considerar ilegales los foros de médicos y enfermeros para negociar condiciones laborales de los profesionales.

Un estudio sobre la sostenibilidad del SNS

En materia de sostenibilidad, un estudio realizado por expertos de la Universidad de Murcia, financiado por la Fundación BBVA, advierte que la economía nacional debería crecer a un ritmo de un 1,4 por ciento anual durante el periodo comprendido entre el año 2013 y el 2016 para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario. Se trata de unas estimaciones referidas a la economía de la salud y el gasto público en caso de no adoptar reformas para controlar el gasto. El estudio también destacó que ninguna CC.AA. puede garantizar la solvencia de su sistema a medio plazo.

El estudio fue censurado por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), que denunció el descenso constante del gasto sanitario en España: del 74,9 por ciento en 2009 al 73 por ciento en 2011, y ha bajado también el gasto sanitario total en un 0'3 en el porcentaje del PIB, según la OCDE. FADSP apuntaba que el estudio tiene "falta de rigor" y "sesgo ideológico" y parte de unas premisas falsas: no incluye los tres últimos dos años, de profunda crisis económica.

"La previsión que se hace está sesgada y no se corresponde con la realidad. Es bien conocido que entre 2010 y 2013 los presupuestos sanitarios de las comunidades per cápita han experimentado una disminución del 11,4 por ciento, con decrecimiento promedio anual del 3,91 por ciento. Es decir, la previsión no sólo no se está cumpliendo, sino que sucede todo lo contrario porque en lugar de un aumento del gasto sanitario estamos ante una disminución del mismo", señaló la FADSP.

Según datos del Barómetro Sanitario 2012, un 70,6 de la población opina que la Sanidad funciona bien o muy bien; en el de 2011, ese mismo dato era del 73,3 por ciento.

Consejo Interterritorial: se pacta la troncalidad; un año de copago

Previamente, el 23 de julio se reunió el Consejo Interterritorial del SNS, en el que se acordó reforzar la detección precoz del cáncer, siguiendo criterios comunes en los cribados de cáncer de colon, mama y cérvix y extender a todo el país el diagnóstico precoz de la patología colorrectal para personas de entre 50 y 69 años. Es el caso de los cribados neonatales, se distingue entre siete patologías poco frecuentes. Y se implanta en todas las comunidades el Consejo Genético. También resaltó la controversia existente con algunas comunidades en materia de reproducción asistida y sus garantías. La ministra Ana Mato destacó el avance de la reforma sanitaria, en especial en la organización de la cartera básica de servicios.

Aunque una medida trascendente que pasó casi de puntillas en la información sobre el CISNS fue el acuerdo entre el Ministerio y las Comunidades en materia de troncalidad. En la Comisión de Recursos Humanos del SNS, previa al Consejo, se dio el visto bueno definitivo al proyecto de Real Decreto que regulará el nuevo sistema de formación médica especializada, que poco a poco va viendo la luz: ahora deberá superar el dictamen del Consejo de Estado. Entre las variaciones se detalla que los programas formativos de tronco "serán periódicamente revisados y actualizados", y no hay una prohibición taxativa de que superen los dos años. En cuanto a las Áreas de Capacitación Específica, a la de Urgencias y Emergencias podrán acceder los especialistas de Anestesiología y Reanimación.

En el CISNS, Ana Mato ofreció un balance de resultados, un año después de la instauración en la práctica totalidad de las comunidades autónomas, del copago sanitario. La ministra resumió ese balance en dos datos: 145 millones de recetas menos, 1.976 millones de ahorro en gasto farmacéutico. También se redujo el gasto medio por receta hasta los 10,60 euros.

Por otra parte, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad está preparando junto a las CC.AA. un real decreto para establecer prioridades y unificar los criterios clínicos que las comunidades autónomas deben seguir para atender a los pacientes que tienen en lista de espera, tanto para la realización de pruebas diagnósticas como para intervenciones quirúrgicas.

Con esta norma tratarán de reducir el tiempo de espera actual para ser sometidos a una operación no urgente, que en diciembre de 2012 alcanzó su máximo histórico al llegar a los 100 días de media, 24 más que en junio del mismo año. Ana Mato reconoció que "todas las comunidades están haciendo esfuerzos importantes para mejorar las listas"; pero existen diferencias entre las comunidades a la hora de establecer prioridades para operar a sus pacientes, y en algunas se incluye en la misma lista de espera diferentes procesos de desigual gravedad: con este real decreto, que se debatirá cuando esté redactado en el Consejo Interterritorial del SNS, se busca unificar criterios.

Vía libre para la última prueba ECOE

El Ministerio de Sanidad, la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y las tres grandes sociedades científicas de Atención Primaria (SEMG, semFYC y SEMERGEN) dieron el visto bueno final a la última prueba ECOE, para el acceso por la vía extraordinaria al título de médico de familia. Se reafirma el compromiso de que la prueba se celebre antes de final de año, en tres sedes: Madrid, Barcelona y Sevilla. Más de dos mil candidatos se presentarán a la realización de la ECOE.

Una de las grandes novedades de la prueba es que no saldrá a concurso, como era norma habitual hasta ahora, sino que su organización la asume el propio Ministerio de Sanidad, con la participación de las comunidades autónomas, como medida de ahorro de costes. En la prueba no habrá actores y sí simulaciones en video.

Aunque sea el Ministerio de Sanidad el que se encargue de organizar la prueba, lo fundamental es que ésta se hará siguiendo el criterio profesional: del Comité de Prueba se encargará la Comisión Nacional de la especialidad de MFyC, mientras del Comité Técnico (el contenido de la ECOE) se encargarán semFYC, SEMG y SEMERGEN.

El contenido de la prueba tendrá cuatro partes para evaluar habilidades y aptitudes: un test de respuesta múltiple; casos clínicos simulados; un razonamiento clínico a través del llamado 'test de script de concordancia'; y videos simulados, una simulación virtual.

Las sociedades científicas mostraron su satisfacción por el hecho de que la prueba, tal como era el deseo conjunto, se vaya a celebrar y ponga fin a un proceso que ha sido farragoso y que va a permitir la homologación del colectivo de Primaria.

Aprobada y publicada la reforma de la Ley del Medicamento

Tras un arduo proceso, que comenzó en la Comisión de Sanidad del Senado, donde tuvo que superar tres votos a la totalidad antes de ser aprobada, la mayoría absoluta del Partido Popular se impuso y el proyecto de ley de reforma de la Ley del Medicamento 29/2006 fue aprobada tanto en el Senado como, posteriormente, en el Congreso. La reforma incorpora dos directivas europeas para mejorar los sistemas de farmacovigilancia, ofrecer más seguridad a la población y evitar la falsificación de fármacos. Las medidas para racionalizar la prescripción y la utilización de medicamentos y productos sanitarios deberán ser homogéneas en toda España.

En el Senado, el proyecto de reforma recibió 134 votos a favor, 75 en contra y seis abstenciones. En el Congreso también se aprobó, con las enmiendas realizadas en el Senado, y posteriormente la reforma fue publicada en el BOE el 25 de julio, con lo que entró en vigor.

La reforma afecta directamente a la subasta de fármacos puesta en marcha (y frenada legalmente mediante sucesivos recursos) en Andalucía: la nueva norma impide a las comunidades autónomas introducir diferencias en el catálogo, precio y condiciones de acceso a los medicamentos y productos sanitarios y modificar el precio industrial que fije el Ministerio de Sanidad.

La reforma también afecta a una cuestión planteada en algunas comunidades autónomas que había causado mucha polémica: la de los equivalentes terapéuticos (grupos farmacológicos que comparten alguna indicación terapéutica). La nueva norma la ataja: "Las actuaciones orientadas a establecer la posición de un medicamento en la prestación farmacéutica y su comparación con otras alternativas terapéuticas, tendrán una base científico técnica común para todo el SNS y se realizarán en el marco de los informes (vinculantes) de posicionamiento de la AEMPS".

En el último mes, instituciones como la OMC, FACME, la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH); la Sociedad Española de Farmacología; Farmaindustria, entre otras, rechazaron la supuesta equivalencia terapéutica: su argumento general fue que esta iniciativa "limita la capacidad de prescripción del médico y vulnera los derechos de los pacientes".

Tras la reforma de la Ley del medicamento, además, los fisioterapeutas también podrán indicar, usar y autorizar, de forma autónoma la dispensación de medicamentos no sujetos a prescripción médica y de productos sanitarios relacionados con el ejercicio de su profesión, mediante orden de dispensación; los podólogos no podrán vender productos o sustancias farmacéuticas.

Ámbito de Negociación: categorías profesionales

La reunión del Ámbito de Negociación del pasado 14 de agosto se cerró con acuerdo sobre el proyecto de real decreto de homologación de categorías profesionales; antes de esta reunión, a los sindicatos se les había pedido que presentasen sus alegaciones al documento final y la gran mayoría fueron aceptadas, aunque las organizaciones sindicales lamentaron que no se incluya la necesidad de negociación expresa en este punto.

Los sindicatos defendían la necesidad de homogeneizar baremos en los procesos de selección y en la acreditación de la formación continuada. En septiembre este ámbito de negociación, que después de muchos meses sin actividad este año ha recuperado en parte su funcionalidad, volverá a reunirse: al menos, ya tiene marcada una hoja de ruta.

Comunidades Autónomas: el proceso de externalización

El proceso de la denominada por el Gobierno de la Comunidad de Madrid 'externalización' de seis hospitales públicos, y 'privatización' por parte de la oposición política y diversas asociaciones médicas y sindicales, siguió su curso en verano. Y también tuvo que sortear obstáculos. A comienzos de julio, un auto del Tribunal Superior de Justicia de Madrid ordenó suspender cautelarmente el proceso, atendiendo una demanda del PSM. "El TSJM no ha tumbado nada", explicó el consejero de Sanidad, Javier Fernández-Lasquetty, convencido de que no se frenaría el proceso.

Así fue: tras rechazar sólo dos días después un juzgado de lo Contencioso el recurso contra la externalización presentado por el sindicato AFEM, algo contradictorio con el auto del TSJM, el 24 de julio fue éste el que anuló la suspensión cautelar del proceso; el PSM anunció que presentaría un recurso contra este nuevo auto, Lasquetty adelantó que el proceso se pondrá en marcha en septiembre y que ya se produjo la adjudicación definitiva de los seis hospitales.

En el País Vasco la noticia el 1 de julio fue que la Comunidad va a ser la última en aplicar el copago farmacéutico desde ese mismo día, acatando la sentencia del Tribunal Constitucional. La medida tendrá excepciones en Euskadi: los pensionistas no deberán pagar por adelantado el coste total de los medicamentos, y estarán exentos las personas con discapacidad, los perceptores de renta de garantía de ingresos, los perceptores de pensiones no contributivas y los parados sin subsidio.

En Castilla y León, a mediados de julio el consejero de Sanidad, Antonio María Sáez Aguado, y el presidente de CESM, José Luis Díaz Villarig, firmaron la renovación del pacto (otros seis meses) por el que se garantiza que se mantendrán las condiciones laborales y retributivas de los médicos del Sacyl. También en esta Comunidad, se escenificó en agosto un destacable pacto: el PP y el PSOE

presentaron juntos la reapertura, a partir de septiembre, de las Urgencias nocturnas locales que permanecían cerradas desde el pasado mes de octubre de 2012; el nuevo objetivo de déficit así lo permite.

En Castilla-La Mancha, el SESCAM dio inicio a su política de cambiar los gerentes y cargos directivos a través de convocatorias públicas: un paso más en la profesionalización de la gestión sanitaria pública. También en la Comunidad, a finales de julio el Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha anuló el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del SESCAM, que establecía la jubilación forzosa de los médicos de la región a los 65 años.

Por otra parte, en el Consejo de Ministros del pasado 19 de julio se aprobó la interposición de un recurso de inconstitucionalidad contra la norma de Navarra por la que se restituía a los funcionarios la paga extra de 2012, al entenderse que la norma foral invadía competencias estatales.

En la Comunidad Valenciana, el sindicato CEMSATSE amenazó con huelgas en el caso de que la Generalitat mantenga los recortes en los salarios de los empleados públicos sanitarios en 2014.

En Galicia la noticia impactante fue el lamentable accidente del tren Alvia, en la víspera (24 de julio) de la jornada de fiesta de la Comunidad, en el que fallecieron 80 personas. Gobierno, Ministerio y Xunta destacaron la respuesta del personal sanitario ante la catástrofe. Por otra parte, El Sergas ha puesto en marcha un proyecto piloto de atención no presencial en Atención Primaria.

En Canarias, la consejera Brígida Mendoza anunció la aprobación del borrador del Plan de Salud (el tercero) 2014-2019, cuyo principal objetivo es lograr la innovación en la gestión de la salud y los servicios sanitarios en las islas. El presidente del Colegio de Médicos de Tenerife, Rodrigo Martín, explicó que los médicos desconocen el contenido del Plan, aunque mostró su confianza en que se hayan tenido en cuenta algunas de las alegaciones que presentaron al mismo.

OMC

La Organización Médica Colegial mostró su satisfacción por la aprobación del anteproyecto de la Ley de Colegios y Servicios Profesional en Consejo de Ministros, y de hecho ha retomado la elaboración de sus nuevos estatutos. Un punto de vista muy diferente fue el mostrado por Unión Profesional, que rechazó el anteproyecto de la norma al ver "graves riesgos para los derechos de los ciudadanos", además de que el subsector de los servicios profesionales ya fue modernizado en 2009 por la Ley Omnibus.

Por otra parte, en la Asamblea General de la OMC de principios de julio se destacó que la tarjeta médica única permitirá el control colegial de los profesionales comunitarios que trabajen en España. La tarjeta médica reemplazará al actual carné y su información estará centralizada y unificada por la OMC

Formación

La nota de corte para el acceso a la formación sanitaria especializada aumenta: en la convocatoria 2013-14 queda fijada en el 35 por ciento de la media de los diez mejores ejercicios, según acordó a finales de julio la Comisión Técnica Delegada de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. El objetivo de la medida es aumentar la calidad en la selección de los profesionales" en su formación, según destacó Javier Castrodeza, director general de Ordenación profesional del Ministerio de Sanidad.

Se mantiene la reserva de un siete por ciento de las plazas para personas con discapacidad igual o superior al 33 por ciento; y se limita el cupo para médicos extracomunitarios al cuatro por ciento.

Según la oferta presentada por el Ministerio de Sanidad y aceptada por el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, para el próximo curso las plazas de formación especializada se reducirá en un tres por ciento. Según destacó el presidente de la Confederación Nacional de Decanos de Medicina, Ricardo Rigual, el ideal de estudiantes en las facultades de Medicina españolas estará entre 5.500 y 5.700, es decir, habría que rebajar mil plazas respecto a las 6.800 propuestas.

Por su parte, el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), que ya formaba parte del Foro de la Profesión Médica, se incorpora al Foro de Médicos de Atención Primaria. La organización que preside Enrique Lázaro muestra así su apoyo a la Medicina de Familia.

Dependencia

El pasado 8 de julio se reunió el Consejo Territorial del sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que aprobó el nuevo Sistema de Información (SISAAD) propuesto por el Gobierno y que persigue una mayor transparencia en los datos que ofrecen las comunidades autónomas. Así, éstas deberán informar mensualmente de su gestión, y anualmente deberán explicar cuál fue el destino de los fondos que hayan recibido del Gobierno central con motivo de la Ley de Dependencia.

Con este nuevo sistema se busca, según explicó Ana Mato, "garantizar la fiabilidad, seguridad, disponibilidad y transparencia en la información".

En el Consejo se evaluó el sistema, lo que ofreció distintas valoraciones; entre las positivas, la de la propia ministra Ana Mato, que habló de que las reformas introducidas han permitido un sistema viable; y entre las negativas, la de la consejera de Sanidad de Andalucía, María Jesús Montero, que alertó sobre el aspecto "fraudulento" del sistema y sobre los problemas derivados de su financiación.

También se aprobó el Plan integral de atención a menores de tres años en situación de dependencia (más de tres mil en España, señaló la ministra).

Por otra parte, Cataluña espera tener antes de que finalice 2016 su propia Ley de Dependencia, que en este caso se denominará 'Ley catalana de promoción de la autonomía personal'. Ya se trabaja en el anteproyecto de esta norma. La consejera de Bienestar Social y Familia de la Generalitat, Neus Munté, explicó en el Parlamento que los principios que inspiran la nueva ley son la "corresponsabilidad" entre el Govern, los dependientes y las familias. Un "comité de expertos" trabaja en un documento de bases.

Investigación

Los problemas que afectan a la financiación de la investigación crecen. Según afirmó la secretaria de Estado de I+D+I, Carmen Vela, el Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) recibirá el próximo trimestre una inyección de 50 millones de euros. Aunque el presidente del CSIC, Emilio Lora-Tamayo, estimó que sería necesaria, además de la inyección al CSIC de 25 millones aprobada en Consejo de Ministros, "unos 75 millones de euros más para cerrar el año y evitar una situación catastrófica".

Por su parte, en una carta dirigida a la citada Carmen Vela, cien directores de centros del CSIC calificaron la situación de éste de "insostenible" y alertaron del riesgo de no llegar a fin de año y tener

que parar la actividad en un plazo de unas semanas, sin poder mantener los compromisos firmados con el personal investigador.

OTRAS CUESTIONES MOTIVO DE OCIO Y ENTRETENIMIENTO

Clientelas

Joaquín Leguina Herrán

Primeros años del siglo XX. Estamos en una taberna sevillana, trianera concretamente. Es primavera y son vísperas electorales. Como todas las tardes, allí se reúne un nutrido grupo de anarquistas, entre los que destaca su líder, un hombre moreno, enjuto y sentencioso con fama de valiente y aspecto agitanado, lo cual subrayan sus largas patillas rizadas. Se llama Buenaventura Vallés.

Se abre la puerta del recinto y entra un menestral bien trajeado. Es Don Justino. Los ácratas lo conocen bien, pues es el muñidor electoral del cacique liberal D. José Rodríguez de la Borbolla.

Sea bienvenido, D. Justino, y tómese un fino por mi cuenta –dice Vallés-, pero no pierda el tiempo con nosotros, porque ya sabe que no votamos. Además, ustedes, los liberales, no tienen *razón*.

-¿Puedo hablar? –reclama D. Justino.

-Por supuesto que sí –contesta Vallés.

-Gracias. Puesto que el señor Vallés me ha dado permiso –se arranca el muñidor- hablaré, aunque moderadamente, pues sólo usaré cinco palabras: **Pago a duro el voto.**

-Eso ya es entrar en *razón* –sentencia Vallés.

El relato –que *si non è vero è ben trovato*- me lo contó Pepe Rodríguez de la Borbolla y se refería a su abuelo, un conocido liberal que fue varias veces diputado en Cortes durante la Restauración.

Un siglo más tarde y no lejos de Triana. No está allí don Justino ofreciendo un duro por cada voto sino otros “muñidores” que reparten millones de euros entre la clientela. Me refiero a los ERES. En efecto, siguen existiendo políticos que parecen salidos de la escuela de Romero Robledo. Pero hay una diferencia fundamental entre los caciques de antes y los de ahora. Los políticos de la Restauración ponían de su peculio los duros para comprar los votos; los actuales usan el dinero público.