

INFORMACION DEL SMC



Recobremos el placer de ser médicos



Boletín Informativo SMC-CESM

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



Unidos podemos

OPINIONES

TRIBUNA LIBRE

Sanidad cántabra: urgen reformas

DAVID CANTARERO PRIETO | PROFESOR TITULAR DE LA UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

La solvencia financiera de nuestro Sistema de Salud cuelga de dos factores: primero, la dependencia de indicadores de nuestras finanzas públicas -paro, crecimiento, prima de riesgo y endeudamiento (no es sostenible que paguemos intereses a diez años al 7,1% y crezcamos al

0,8%)-; segundo, que en cuantía dentro de los gastos sociales tras el relativo a pensiones (recientemente reformado) figura el sanitario, en el que hay solucionar su infrafinanciación. La demanda viene inducida por la oferta y por factores exógenos (hábitos de vida, cuestiones genéticas o medioambientales) que hacen que el gasto crezca condicionado por la deuda además de los intereses de demora. Añadamos a eso que la sanidad está en manos de Comunidades Autónomas (CC AA) con problemas de liquidez y un desequilibrio de 15.000 millones de euros, por lo que sería básico retrasar el plazo de devolución al Estado de los anticipos que recibieron de más (2.400 millones de euros llevados a 2012), pues dedican menos del 4% en media para costear la sanidad de cada ciudadano (55 euros menos).

En Europa nos estamos quedando atrás. Hay un problema difícilmente salvable a corto plazo: la evolución demográfica, más que el euro o la deuda soberana y privada, a diferencia de los BRICs (Brasil, Rusia, India y China). Necesitaremos población activa que financie pensiones y sanidad pues envejecemos vertiginosamente. Con una esperanza media de vida en España de 82 años, muchos son los que han pagado tributos y no entienden por qué ahora falta liquidez para algunos servicios públicos. El resultado es que nuestro sistema sanitario, junto con el de pensiones y la atención a la dependencia, tiene un problema de solidaridad intergeneracional: cómo repartimos justamente los costes de su financiación por una cuestión demográfica (habrá más demandantes y menos contribuyentes).

Alguien diría que los de ahora trabajen y coticen más. ¿Soluciones si no queremos que su aportación sea 'confiscatoria'? : aumentar nuestra tasa bruta de natalidad (la más baja desde 2003, con 10,5 nacimientos por cada 1.000 habitantes y en Cantabria 9,8); de actividad (un 60,1% de activos y en Cantabria 57,1%) y reducir el dramático paro juvenil (un 46,1% y en Cantabria 25,8%).

Entre 2002 y 2009, el gasto público en sanidad por persona pasó de 876 a 1.316 euros, creciendo cuatro veces más que el PIB mientras caían en más de un 30% los ingresos públicos desde 2008. ¿Cómo se financió? Utilizando también ciertos ingresos extraordinarios o con 'facturas en el cajón', es decir, aplazando pagos para allegar liquidez.

Muchas CC AA están ajustando ya su gasto sanitario a sus ingresos reales o lo harán. Ni su deuda ni sus ingresos permiten financiar holgadamente ese gasto a no ser que hagan ajustes. La excepción es Cataluña: reducen oferta para no generar mayor demanda inducida (más gasto). Eso conduce a mayores tiempos de espera, peores resultados en salud, mayores desigualdades y protestas. Eslovaquia es otro ejemplo fuera de España.

Hay que aflorar la deuda sanitaria y presupuestar reconduciendo el gasto. En lugar de recortes lineales habría que seguir la vía anglosajona: desinvertir reduciendo sólo actuaciones clínicas con bajo impacto en salud. Se preservaría la calidad de la atención si se introducen innovaciones coste-efectivas y se gestiona eficientemente la cronicidad.

La sanidad es el servicio público que se utiliza más asiduamente, el más accesible (sólo hay copago farmacéutico) y uno de los más valorados. La insatisfacción: elevados tiempos de espera. Ante la actual crisis lo importante, más allá del gasto invertido, es lo que se obtiene por él. Esta es la 'justicia social' de nuestro sistema, pues con 8,1 somos de los países con mayor número de visitas médicas por habitante y año (2,3 por encima del promedio europeo) mientras que con 10,7 estancias hospitalarias por cada 100 habitantes y año estamos por debajo del promedio (15,9). No existe gran sobreutilización pero si muchas consultas burocráticas que podrían ahorrarse.

Cantabria observa propuestas lanzadas desde otras regiones: tasa por receta, tique moderador (ya en el informe Abril de hace 20 años), pólizas de salud obligatorias para rentas altas (como Holanda, en 2006, con 100 euros mensuales (pero ¿por qué no se vuelven a deducir en el IRPF?), sancionar a quien anule visitas al especialista sin motivo, catálogos de medicamentos propios, fronteras sanitarias..., debates recurrentes.

Ante una deuda tan elevada a devolver a corto plazo, o ajustamos gasto o se contribuye más a su coste. Hay medidas directas posibles como aplicar la parte autonómica del impuesto sobre ventas minoristas de hidrocarburos o medidas a medio plazo intergeneracionales como los cheques-bebé, que mejorarían la pirámide de edad cántabra. También, en caso de inacción, las medidas pueden venir de Madrid: subir el IVA al 20% pudiendo recaudar 4.000 millones de euros más, aunque para ello debería activarse una demanda interna aún débil) o aumentar los impuestos sobre alcohol y tabaco (¿incluirían el vino o cerveza para obtener 1.000 millones de euros más?) o 'tocar' el IRPF y reducir el fraude fiscal. Más copagos no solucionarían el problema (véase Italia o Suecia). Son tasas y siempre han de ser elegibles por profesional y usuario y no aplicarse en la asistencia hospitalaria. Lo único que el paciente decide es ir a primaria o a urgencias por un problema de salud pero en citas con el especialista, pruebas diagnósticas, etc. esa demanda viene inducida por la oferta (el profesional). Reformar la financiación de la sanidad será duro. Hay soluciones: mejorar la gestión, formular planes de ahorro y desinvertir en lo innecesario. Urgen reformas en tiempos de crisis pero es el ministerio el que debe coordinarlas con un Pacto por la Sanidad.

FRANCESC MOREU, GESTOR SANITARIO

No matememos al mensajero

La revisión del aseguramiento público de la salud, propuesta por el consejero catalán Boi Ruiz, ha causado un revuelo que debería matizarse. Algunas de sus propuestas, que en absoluto son nuevas, se han desfigurado, por lo que habría que replantear cómo se valora la adaptación de modelos similares al holandés y el alemán.

Francesc Moreu. Gestor sanitario.

Las declaraciones del consejero de Salud de Cataluña sobre la conveniencia de la revisión del aseguramiento público de la salud han causado un enorme revuelo que, de paso, me ha afectado como presunto inductor e ideólogo de su propuesta. Vaya por delante que comparto la citada necesidad, pero creo que valdría la pena precisar su contenido, desfigurado por unas derivaciones sobre su planteamiento que no obedecen ni a sus palabras ni a la idea original, de la que sí me responsabilizo. Para comprender su alcance hay que colocarla en un contexto que se resume en cinco puntos:

- 1.- La crisis del sector salud no es coyuntural; esencialmente es estructural, de modelo, que se remonta a antes del 2008.
- 2.- No podemos continuar abordando la crisis sólo con medidas coyunturales destinadas a mejorar la tesorería o a diferir el déficit para cuando haya tiempos mejores. Hay que plantear un modelo de futuro para ciudadanos y profesionales, y la hoja de ruta para llegar hasta él.

-
- **El único propósito es fomentar, junto a otras opciones, que las hay, un debate en profundidad más allá de los recortes y la única mirada actual sobre la provisión como solución**
-

3.- Este modelo debe estar en consonancia con las reformas estructurales que hay que llevar a cabo en múltiples ámbitos: regeneración de la democracia y de la forma de hacer política; revisión del Estado de las Autonomías; reforma de la administración pública, laboral, fiscal y financiera; rigor presupuestario; búsqueda de nuevos nichos de mercado. Infundir unos nuevos valores a la sociedad española (esfuerzo, meritocracia, emprendeduría, honestidad, solidaridad).

4.- Para legar a nuestros hijos y nietos la permanencia del contrato social hay que transitar, como está ocurriendo en toda Europa, del Estado del Bienestar, en que el bienestar de los ciudadanos se juega entre éstos, a la Sociedad del Bienestar, en la que el ciudadano debe buscar su bienestar con el Estado como garante de la equidad.

5.- Lo que se haga debe ser homogéneo; la línea argumental debe ser la misma en educación, pensiones, protección a la autonomía de las personas y sanidad.

En este orden de cosas, cobra sentido la propuesta de revisar la póliza pública hoy única, adaptando los modelos holandés y alemán a nuestras peculiaridades. Eso implicaría dividirla entre una póliza pública básica que cubriese los aspectos de prevención y promoción, los riesgos corrientes coste-efectivos y los catastróficos para todos los ciudadanos en los mismos términos actuales, y otra complementaria que debería ser suscrita obligatoriamente en el mercado por todos los ciudadanos para que nadie quedase descubierto. En ella deberían incluirse aquellos aspectos menos coste-efectivos de la cartera de prestaciones; en el caso de aquellos ciudadanos que, por su nivel de renta, no pudiesen hacerlo, el Estado lo haría por ellos.

El porqué, en tres razones

Este planteamiento es radicalmente distinto a otro: que los ricos salgan del seguro público descapitalizándolo, al obligarlos, como equivocadamente o interesadamente se ha dicho, a suscribir un seguro privado, convirtiendo así la sanidad pública en una moderna versión de la beneficencia.

El porqué de la propuesta está claro. En primer lugar, no lesiona la equidad; al contrario, refuerza la cohesión social al estar cubierta toda la ciudadanía por la misma póliza básica y derivarse la actual doble cobertura hacia la póliza complementaria. En segundo lugar, se pretende poner en valor el esfuerzo, como lo hacen ya los planes de pensiones privados, la aportación del

ciudadano en los servicios sociales según su nivel de renta, o un hipotético modelo en que el incremento de las tasas universitarias se focalizase hacia los repetidores.

En tercer lugar, se trataría de que el comportamiento, como cliente del ciudadano en la póliza complementaria, se tradujese en la póliza pública hoy hiperfrecuentada porque el ciudadano se posiciona como consumidor y no como cliente.

Un debate con varias opciones

Ni los aspectos citados ni los importantes flecos del modelo, como la reestructuración del sector asegurador que ello implicaría y el networking público-privado en la provisión, están presentes en el simplismo del copago o las tasas. No hay con esta propuesta ninguna pretensión de aportar la solución a la crisis de la sanidad. El único propósito es fomentar, junto a otras opciones, que las hay, un debate en profundidad más allá de los recortes y la única mirada actual sobre la provisión como solución. Hay que elevar el punto de mira y esta propuesta está en esa dirección. Sería lamentable que con la iniciativa de consejero catalán ocurriese lo mismo que ocurrió con el Informe Abril, que murió el mismo día que se presentó, cuando se focalizó toda la atención sobre el párrafo que decía: "Que los pensionistas paguen la farmacia". No hay que olvidar que el citado informe reinó después de muerto, pues todo lo que ocurrió en la sanidad española desde entonces estaba sugerido en sus propuestas.

NOTICIAS CESM

CANTABRIA. La consejería de Sanidad también anuncia reformas en la AP para que atienda patologías "sencillas" de especializada

María José Sáez de Buruaga, titular de la consejería de Sanidad cántabra, ha anunciado la posibilidad de que los médicos de primaria atiendan patologías "sencillas" de especializada, como ya lo hiciera la pasada semana Cataluña.

La consejera, que ha insistido en diferenciar su proyecto del catalán, no ha querido, sin embargo, ahondar más en el contenido de una propuesta que, tal y como ha señalado a GACETA MÉDICA **Javier Santiuste**, presidente del **Sindicato Médico de Cantabria**, tampoco ha sido presentada a los profesionales. "Una vez más nos enteramos de la intenciones de la consejería por la prensa, luego parcialmente desmentidas o matizadas. Nosotros no hemos sido informados ni consultados en ningún momento", apunta. Por ello, Santiuste no considera prudente hacer ningún tipo de declaración al respecto pero deja muy claro que los médicos de familia son especialistas y que realizan, en la actualidad y con los medios que poseen, una "muy importante

y eficiente" labor profesional, por lo que se mantendrán a la espera de que acaben los "globos sonda" y conozcan el plan para poder opinar.

Fuentes: GACETA MÉDICA, 09-12-2011

<http://www.gacetamedica.com/articulo.aspx?idart=579171&idcat=798&tipo=2>

CASTILLA-LA MANCHA. **CESM se opone frontalmente a las medidas del SESCAM y a su no negociación**

EL MÉDICO INTERACTIVO y el semanario EL GLOBAL se hacen eco del comunicado emitido por el **Sindicato Médico de Castilla-La Mancha**, sobre la reunión bilateral con el director gerente y el de Recursos Humanos del Servicio de Salud de la comunidad (SESCAM) –ver **Boletín Informativo de CESM** del pasado viernes-, en la que han sido informados directamente de las medidas que va a aplicar en la Sanidad el Gobierno regional. CESM-CLM ha mostrado su "más profundo rechazo" a estas medidas "por las pérdidas retributivas y de derechos laborales adquiridos que suponen para los facultativos". Además, desde CESM se ha expresado una enérgica repulsa por "la absoluta falta de negociación del Gobierno autonómico con nuestra formación, representante mayoritaria del colectivo médico. (...)

Fuentes: EL MÉDICO INTERACTIVO, 12-12-2011

<http://www.elmedicointeractivo.com/noticias/nacional/107779/cesm-de-castilla-la-mancha-se-opone-frontalmente-a-las-medidas-del-sescam-y-a-su-no-negociacion>

VARIAS CC.AA. **Diecisiete médicos entre los diputados de la nueva legislatura**

Tal y como refleja la prensa nacional, mañana comienza en el Congreso de los Diputados la X legislatura de la democracia. El PP domina ambas Cámaras con mayoría absoluta en virtud de los resultados obtenidos el 20-N. En el Congreso podrá sacar adelante sus iniciativas sin tener que pactar ya que cuenta con 186 de los 350 diputados de la Cámara. Por su parte, el PSOE afronta la legislatura con fuerzas muy disminuidas tras la debate electoral, que le ha dejado solo 110 escaños en el Congreso

Diecisiete de los 350 diputados de la Cámara Baja son médicos. Del **PP**: José Ignacio Landaluze (Cádiz); Manuel Cervera (Castellón); Antonio Román (Guadalajara); Santiago Cervera (Madrid); Mario Mingo (Madrid); Antonio Gutiérrez (Melilla); Ana Pastor (Pontevedra); y Rubén Moreno (Valencia); del **PSOE**: María Luisa Carcedo (Asturias); Guillem García (Baleares); María del Puerto Gallego (Cantabria); José Martínez Olmos (Granada); Pilar Grande (Las Palmas); Soledad Cabezón (Sevilla); y Carmen Montón (Valencia); de **IU**: Gaspar Llamazares (Asturias); y de **CC**: Pedro Quevedo (Las Palmas).

Redacción Médica prevé que hoy se pueda clarificar quién será el próximo ministro de Sanidad.

Fuentes: EL MUNDO, 12-12-2011 (pág. 9ª 14 de la edición impresa); REDACCIÓN MÉDICA, 12-12-2011

http://www.cinco dias.com/articulo/economia/nueva-legislatura-echar/andar/20111212odscolieco_2/

UNIÓN EUROPEA. Las organizaciones médicas de España y Portugal acuerdan estrategias comunes ante la insuficiencia financiera de sus respectivos sistemas sanitarios

Según informa MÉDICOS Y PACIENTES, delegaciones de la Organización Médica Colegial de España y de la Ordem dos Medicos de Portugal, encabezadas por sus presidentes, Juan José Rodríguez Sendín y José Manuel Silva, respectivamente, se reunieron el pasado viernes en Lisboa para acordar una serie de estrategias comunes ante la insuficiencia financiera de sus respectivos sistemas sanitarios. La reunión, en la que también participaron, por parte de la OMC, el secretario general y el vicesecretario, los doctores Serafín Romero y Jerónimo Fernández Torrente, concluyó con la firma de "[La Declaración de Lisboa: Compromisos y Exigencias de la Profesión Médica ante la Insuficiencia Financiera de Nuestros Sistemas Nacionales de Salud](#)". Ambas corporaciones, como reza la Declaración, si bien consideran necesaria la toma de medidas que hagan posible la financiación suficiente de los Sistemas Nacionales de Salud de España y de Portugal, dados los problemas de sostenibilidad que afectan a sus SNS, defienden, por otra parte, que se realicen bajo una serie de condiciones, tales como que no deben afectar a la calidad y seguridad de la atención sanitaria que se dispensa a la población; no deben asumirlas de forma exclusiva ni los pacientes ni los profesionales sanitarios; deben tener en cuenta los intereses de los pacientes así como las propuestas de los profesionales de la salud; deben priorizar reformas y medidas estructurales, como cambios en los modelos retributivos, que consideren aspectos como competencia, compromiso y actitudes; y han de tener carácter finalista, y financiar unos Sistemas Nacionales de Salud universales, equitativos y solidarios.

Las corporaciones española y portuguesa advierten, por otra parte, de que los recortes y medidas exclusivamente economicistas "llevarán a una asistencia sanitaria para ricos y otra para pobres", que provocarían un retroceso notable sobre los logros obtenidos en el estado del bienestar".

Fuentes: MÉDICOS Y PACIENTES, 12-12-2011

http://www.medicosypacientes.com/colegios/2011/12/11_12_12_lisboa

CASTILLA-LA MANCHA. El Sindicato Médico responde a Cospedal que "hay otras medidas antes que tocar el sueldo"

El secretario regional del **Sindicato Médico de Castilla-La Mancha** (CESM), **José Luis Grau**, considera que hay "muchas medidas" que adoptar antes de tocar el sueldo de los profesionales sanitarios "como la revisión del número de asesores y directivos en Sanidad o los cargos de libre designación".

Como se recordará, la presidenta de Castilla-La Mancha, María Dolores de Cospedal, presentó la pasada semana una nueva batería de medidas de ahorro que, en la vertiente sanitaria,

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

suponen, entre otras cosas, que no se subirán los complementos por carrera profesional, se reducirán los de incapacidad temporal transitoria y se hará una gestión y construcción "público-privada" de cuatro hospitales –ver **Boletín de CESM** del 5 de diciembre. .

En declaraciones a la agencia EFE, Grau ha denunciado haberse enterado de los recortes en Sanidad por la televisión, pues, "no ha habido negociación".

ABC: El sindicato CESM cree que la reestructuración sanitaria planeada por la Junta afectará a 700 facultativos

Fuentes: CESM, 07-12-2011

<http://www.cesm.org/nueva/index.asp?pag=detallenoticia.asp&formid=510607&categoria=2>

Fuentes: ABC, 06-12-2011

<http://www.abc.es/fotos-castillaleon/20111206/sindicato-cesm-crea-reestructuracion-1502139936366.html>

MADRID. Disponible el número 7 de la e-revista de AMYTS

Puedes acceder al Nº 7 (1 al 15 de diciembre de 2011) de la **e-revista de AMYTS** en el siguiente enlace:

<http://amyts.blogspot.com/>

VARIAS CC.AA. El presidente de la OMC: “Colegios profesionales, sociedades científicas y sindicatos garantizan la seguridad de los pacientes y trabajadores y la sostenibilidad del SNS”

“Los colegios profesionales, las sociedades científicas y los sindicatos garantizan la seguridad de los pacientes, la seguridad de los trabajadores y la sostenibilidad del SNS”, según ha explicado el presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), Juan José Rodríguez Sendín a los residentes y titulares del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, en una exposición sobre “¿Quién vela por los intereses del personal sanitario en el Estado Español”, en el “Curso práctico de actualización cardiovascular”. Tal y como recoge MÉDICOS Y PACIENTES, el doctor Carlos Macaya, jefe del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico San Carlos, presidente de la Sociedad Española de Cardiología y uno de los coordinadores del curso, fue el que moderó el debate de la exposición que realizó el presidente de la OMC el pasado día 2, en el curso orientado a médicos de Atención Primaria. (...)

Fuentes: MÉDICOS Y PACIENTES, 07-12-2011

http://www.medicosypacientes.com/noticias/2011/12/07/11_12_07_clinico

CATALUÑA. Los médicos MIR pasan a ser mileuristas tras perder 800 euros en guardias

Aunque no son personal estatutario, el Servicio de Salud ha aplicado a los médicos residentes (MIR) catalanes la misma rebaja salarial que a los facultativos adjuntos. Según recoge EL MÉDICO INTERACTIVO, este mes parte de los MIR han cobrado tan solo la mitad de las

guardias que realizaron en octubre -el resto las cobrarán en diciembre y las de noviembre las esperan para enero- y a otros sólo les han pagado los días laborables. Si a eso se añade el descuento de los dos días de paro convocado de hace unas semanas, el sueldo cae hasta la mitad, según explican.

Los más afectados por este recorte salarial, que también afecta a los médicos adjuntos, son los MIR con un sueldo bruto base de 1.103 euros, que asciende a 1.800 -también brutos- con las guardias, y que ahora se han convertido en mileuristas. Algunos han cobrado este mes 1.000 euros justos porque han perdido unos 800 en guardias.

La sorpresa del colectivo ha sido mayúscula, ya que nadie les había comentado nada, "no nos dicen nada; por la nómina nos hemos enterado de que no nos están pagando algunas guardias", critican. (...)

Fuentes: EL MÉDICO INTERACTIVO, 07-12-2011

<http://www.elmedicointeractivo.com/noticias/nacional/107745/los-medicos-mir-catalanes-pasan-a-ser-mileuristas-tras-perder-800-euros-en-guardias>

MADRID. La Comunidad no recurrirá al TS el fallo del TSJ sobre el área única

La Comunidad de Madrid no recurrirá la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, que anula el apartado 1 del artículo 9 del decreto 52/2010, de 29 de julio, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud –informa la prensa médica. Como se recordará, el tribunal sentenció que sólo un facultativo titulado en Medicina y Cirugía puede ser director de un centro de salud, en contra de lo que fijaba el decreto (ver **Boletín de AMYTS** del pasado [día 24](#) y [día 25](#) de noviembre). De este modo, la comunidad ha abierto el proceso para modificar la norma autonómica y ha señalado que "hasta que se produzca la entrada en vigor de la modificación, y teniendo en cuenta que los centros de salud son las estructuras clave de la atención primaria, la Consejería de Sanidad de Madrid mantendrá en sus puestos a los actuales directores de centro", sean enfermeros o médicos.

Fuentes: DIARIO MÉDICO, 07-12-2011; REDACCIÓN MÉDICA, 07-12-2011

<http://www.diariomedico.com/2011/12/09/area-profesional/normativa/madrid-no-recurrira-al-ts-el-fallo-del-tsj-sobre-el-area-unica>
http://www.redaccionmedica.com/noticia.php?not_id=21710&TB_iframe=false&height=600&width=710

VARIAS CC.AA. La Rioja y País Vasco firman un acuerdo sanitario transitorio y llevarán al Interterritorial la cuantía económica por atención en zonas limítrofes

Tal y como estaba previsto, los consejeros de Salud de La Rioja, José Ignacio Nieto, y el País Vasco, Rafael Bengoa, firmaron el miércoles un "[acuerdo transitorio](#)" por el que zanjan la "guerra sanitaria" que han mantenido desde hace tres meses y que ha dejado durante este tiempo sin atención especializada a miles de vascos de la Rioja Alavesa que, desde hace más de treinta años, venían recibiendo asistencia en Logroño. Desde hace semanas La Rioja también negocia un acuerdo similar con el Gobierno de Navarra, para prestar atención especializada a navarros

que viven en localidades limítrofes a esta comunidad, sin que hasta el momento se haya cerrado éste

La firma entre los consejeros ha sido el primer paso para sellar el acuerdo momentáneo -el definitivo tardará varios meses- por el cual a partir del día 15 de diciembre la Sanidad riojana volverá a atender a los pacientes alaveses próximos a Logroño en el Hospital San Pedro. Desde La Rioja se insiste en que no se trata de un cierre de conflicto. Su provisionalidad tiene fecha de caducidad: 28 de febrero. "Si para entonces no se firma un convenio definitivo y de largo alcance, el camino andando se deshará y los pacientes alaveses volverán a no ser atendidos en La Rioja", aseguran. (...)

Los consejeros de ambos gobiernos autonómicos señalaron que trasladarán al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) la solicitud de compensaciones económicas por la atención sanitaria especializada que presten a pacientes de otros territorios.

Fuentes: EL MÉDICO INTERACTIVO, 07-12-2011; REDACCIÓN MÉDICA, 07-12-2011

<http://www.elmedicointeractivo.com/noticias/nacional/107742/la-rioja-atendera-de-nuevo-a-los-pacientes-vascos-a-partir-del-15-de-diciembre>

<http://www.redaccionmedica.com/edicion/09-12-2011>

C y León: Díaz Villarig: «La sanidad lleva camino de semiprivatización»

El panorama de recortes que se anuncian sitúa a la sanidad en el centro de mira. Un objetivo delante del que ya se ha colocado el presidente del Colegio de Médicos de León y presidente de **CESM-CyL**, José Luis Díaz Villarig, quien avisó de que no va a permitir que «sean los médicos quienes paguen» esta reducción del gasto, aunque sí adelantó que están «dispuestos a colaborar como cualquier ciudadano, pero no más». «Si queremos mantener el actual sistema, alguien lo tendrá que pagar ¿Quién? Que lo digan los políticos», planteó ayer el representante del colectivo, en El Filandón, en el programa que emite La 8 de Televisión Castilla y León en colaboración con [DIARIO DE LEÓN](#), en el que también habló de la necesidad de acabar con las «crecientes» agresiones que sufren los facultativos, la «discriminación» que padece la provincia leonesa y su replanteamiento de la defensa de la Facultad de Medicina para León.

Díaz Villarig recalcó que «la situación no es difícil, sino difícilísima» e insistió en que «la sanidad está en peligro» y «lleva un camino de semiprivatización». «Es una de las mejores sanidades del mundo: universal y equitativa y la debemos mantener. (...) Los recortes no fueron el único tema que abordó en la tertulia el presidente del Colegio de Médicos, quien aprovechó para alertar sobre las «crecientes agresiones» a los facultativos.

NOTICIAS GENERALES

ABC.es

PORTUGAL DUPLICA SU COPAGO

BELÉN RODRIGO

Día 07/12/2011

El Gobierno luso ha duplicado el valor de las tasas moderadoras que los usuarios del Servicio Nacional de Salud (SNS) pagarán por utilizar los servicios a partir del próximo año. Tal y como ha confirmado el ministro de Sanidad, Paulo Macedo, los portugueses pagarán 5 euros en lugar de los actuales 2,25 por una consulta en el ambulatorio y 20 euros en lugar de 9,60 por acudir a urgencias. En contrapartida, aumentará el número de personas exentas del pago. Con estas nuevas tarifas el Ejecutivo de Coelho espera recaudar cerca de cien millones de euros, Aunque ya han surgido las críticas de quienes temen que el alza de precios dificulten el acceso a los centros sanitarios.

DIARIO MEDICO.COM

RAFAEL RODRIGO, PRESIDENTE DEL CSIC

"La ciencia española está dispersa, es poco flexible y necesita evaluación"

Saca pecho porque puede y admite errores porque debe. Rafael Rodrigo, presidente del CSIC, tiene claro que la política científica española debe confiar su futuro a dos palabras, evaluación y flexibilidad, y hacer que una tercera, dispersión, quede en el pasado. Qué paradoja: la falta de cultura científica sigue lastrando una ciencia sanitaria de gran nivel.

José A. Plaza | 12/12/2011

Buena, muy buena incluso, aunque dispersa, poco flexible y falta de estructura. A vuela pluma, así podría definirse la ciencia española atendiendo a la opinión de Rafael Rodrigo, presidente del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), que ha repasado con Diario Médico la realidad científico-sanitaria días antes de que el PP formalice su Gobierno.

- **El CSIC no debe ser del todo independiente; al contrario, si hay evaluación y estamos vigilados podremos demostrar mejor nuestra valía**

Rodrigo no se anda con rodeos. La Ley de la Ciencia, que surge de un acuerdo generalizado, "tendrá que desarrollarse sin necesidad de inventar nada nuevo; sólo aplicando la racionalidad científica. El que financia no ejecuta". Mantener la independencia con respecto al Gobierno es fundamental y necesario para acercar a España a la política europea.

El presidente no duda de que las Ciencias de la Salud están en España a un gran nivel, con grupos de investigación en primera línea, pero cree que falta armazón, estructura: "Pecamos de dispersión, lo que nos hace perder capacidad". En absoluto es un problema de recursos

humanos, "ya que ahí estamos hasta sobrados", sino de falta de capacidad económica y, sobre todo, de organización: "El CSIC, en particular, tiene una cierta dispersión geográfica que puede ser un problema si se crean centros e iniciativas reiterativas. Cada autonomía tiene su propia idiosincrasia, pero no debemos repetimos".

Administración flexible

Para ser mejores hace falta flexibilidad: "Hay que relajar el corsé de la Administración, los procesos y la mentalidad". En este sentido, destaca que la Ley de Agencias "permite una mayor autonomía en la gestión de recursos humanos y económicos y prevé un contrato de gestión plurianual, lo que facilitaría la programación a medio plazo con mecanismos de control". Aunque hay un pero: "No hemos podido desarrollar por completo el estatuto del CSIC y, aunque tenemos un Plan Estratégico 2010-2013 como base, sólo hemos podido desarrollar planes de acción anuales".

- **El Gobierno debe ser cauteloso; nos hemos apretado mucho el cinturón y yo he agotado todos sus agujeros; hacer uno más significa cerrar**

Rodrigo quiere más facilidad para contratar. En concreto, sugiere definir un *tenure track*, término que alude al camino del investigador, basado en la evaluación, hacia un puesto fijo ganado con merecimientos.

Y hace especial énfasis en esta palabra: "España necesita más evaluación, un mayor control y seguimiento de acciones que permita obrar en consecuencia". Lo que propone es una independencia bien entendida: "El CSIC no debe ser independiente del todo, ni vivir sin controles. Al contrario; nos gusta que nos vigilen porque así podremos demostrar mejor nuestra valía".

La ciencia tiene mínimos

Rodrigo confía en la ciencia y la innovación, aunque a medio-largo plazo: "Nos pueden ayudar a salir de próximas crisis; de ésta habrá que salir de otra forma porque aún no estamos preparados para utilizarlas con este fin". Aunque no quiere pedir nada directamente al Gobierno, por desear que no quede: "Debe ser cauteloso con la ciencia porque ya nos hemos apretado mucho el cinturón: yo he agotado todos los agujeros. Hacer uno más significa cerrar, porque no hay posibilidad de crear cinturas más estrechas; en ciencia, si no hay mínimos, se desaparece".

Si todos hablan de una economía basadas en el conocimiento, ¿por qué no actuar ya? Es una pregunta sin respuesta. Sea cual sea el futuro del ministerio que ahora la acoge, "la ciencia debe

ser importante. La estructura administrativa que se le dé es menos importante que la capacidad que se otorgue a las instituciones que investigan". Si son potentes la ciencia perdurará, "pero nos falta cultura y recorrido para hacer de esto una realidad". Lo de casi siempre.

EXIGE EL CUMPLIMIENTO DEL ACUERDO

El Simex reclama a la consejera una reforma estructural de AP

Nueve meses después de que un pacto de fin de huelga fijara las líneas maestras de la reforma estructural de primaria en Extremadura, el Sindicato Médico denuncia el incumplimiento íntegro de ese acuerdo. El sindicato pide a la consejera que la negociación no se demore más.

Redacción | 12/12/2011

La publicación en el Diario Oficial de Extremadura de un proceso selectivo para cubrir 104 plazas básicas de médicos de Familia en el Servicio Extremeño de Salud (SES) ha servido para que el Sindicato Médico de Extremadura (Simex, adscrito a CESM) le recuerde a Jerónima Sayagués, consejera autonómica de Salud y Política Social, que la estabilidad laboral es sólo un parte más de la reforma estructural de primaria que el sindicato lleva meses reclamando. Mercedes Padilla, presidenta de Atención Primaria del Simex, recuerda que la huelga convocada en marzo por el sindicato profesional ([ver DM del 18-III-2011](#)) se cerró con un pacto que, entre otras cosas, incluía la revisión de varios puntos relacionados con la reforma del primer nivel asistencial: el establecimiento de la jornada laboral, la exención de guardias para los facultativos mayores de 55 años, la libranza después de una guardia, el correcto sobredimensionamiento de las plantillas y la negociación de un nuevo acuerdo de productividad variable.

- **El sindicato recuerda que el acuerdo de mejora del primer nivel de 2006 fijaba un máximo de 1.600 TIS por médico, y que ese límite no se cumple**

Según la representante sindical, nueve meses después de ese acuerdo "la única realidad palpable es la convocatoria de un proceso selectivo con 104 plazas de Medicina de Familia. Bienvenidos sean todos los procesos de estabilización, pero hay que recordarle a la consejera que este proceso, además de ser insuficiente en cuanto al número de plazas, es el resultado de refundir las convocatorias que se debían haber hecho en años anteriores y que, por unas cosas u otras, no acabaron de salir a la luz".

Una jornada clara

El establecimiento de la jornada laboral en el SES es un viejo caballo de batalla del sindicato profesional que, según Padilla, está en la base de la reforma que necesita el primer nivel. El Simex pide a Sayagués -como llevaba meses pidiendo al Ejecutivo anterior- que fije por escrito la duración de la jornada ordinaria (de 8 de la mañana a 15 horas) y de la jornada de atención continuada (de 15 horas a 8 de la mañana del día siguiente), y que la jornada laboral tiene una duración máxima de 48 horas semanales en cómputo semestral. "Sobre la base de esa jornada habría que establecer las necesidades de plantilla en la primaria extremeña, de manera que se consiga el tope máximo de 1.600 tarjetas sanitarias (TIS) por cada médico de Familia, un límite que ya estaba fijado en el acuerdo de mejora firmado en 2006 y que desde entonces se incumple sistemáticamente", dice Padilla. Además de establecer claramente la jornada de trabajo, la reforma estructural de primaria que reclama el Simex debería regular de forma obligatoria -"y sin ambages", puntualiza Padilla- la exención de las guardias para los mayores de 55 años, un derecho al que, según los cálculos del sindicato, podría acogerse hoy el 55 por ciento de la plantilla médica del SES, y alumbrar un nuevo acuerdo de productividad variable. Según el sindicato, el reparto de este complemento se hace actualmente de forma arbitraria y con criterios poco claros ([ver DM del 11-VII-2011](#)). Y todo ello, remacha Padilla, "debe negociarse por fuerza con el sindicato más representativo entre los médicos".

PERO, ¿CUÁNTOS MÉDICOS DE FAMILIA HACEN FALTA EN REALIDAD?

Aunque el Sindicato Médico de Extremadura no duda en calificar de "claramente insuficiente" la oferta de 104 plazas de Familia que acaba de convocar el SES, la presidenta de Primaria del sindicato reconoce que es difícil cuantificar cuántos médicos de Familia necesita Extremadura a corto plazo para cubrir las necesidades asistenciales. Y es difícil, según Mercedes Padilla, porque ni Administración ni sindicato han hecho un estudio a fondo de la plantilla funcional del servicio de salud. "Antes de que finalizara la pasada legislatura conseguimos que la Administración elaborara una relación de las plazas existentes en el servicio, y ese listado sacó a la luz bastantes irregularidades: plazas que existían y no estaban contabilizadas, otras que figuraban sólo como comisiones de servicio, otras en promoción interna temporal...

Sólo un análisis a fondo de la plantilla funcional del SES permitiría evaluar las necesidades reales de personal para los próximos años", afirma Padilla. Ese análisis evitaría, según ella, los desajustes que se producen en la actualidad: "Hay núcleos urbanos de 500 habitantes donde quizás no haga falta un médico titular, y otros núcleos urbanos y semiurbanos en los que las plantillas, tanto de médicos de Familia como de facultativos de atención continuada (que se

ocupan de las guardias), son muy insuficientes para el volumen de población que atienden". Y todo ello con una cifra que se pactó en 2006 y que sigue siendo sólo un proyecto: un máximo de 1.600 TIS por médico.

EN OCASIONES HAY OCHO RESIDENTES Y UN SOLO ADJUNTO

La falta de médicos y formación especializada hace que los MIR tengan excesiva responsabilidad en Urgencias

Los recortes sanitarios que está aplicando el gobierno de la Generalitat de Cataluña están golpeando de lleno a las plantillas hospitalarias.

Redacción | 12/12/2011

"Aunque el número de médicos durante las guardias se mantiene, se ha notado una disminución de efectivos durante la jornada laboral, porque no se han renovado algunos contratos en los servicios de Urgencias", explica Miquel Sánchez, presidente de la Sociedad Catalana de Medicina de Urgencias y Emergencias (Socmue).

Sánchez denuncia que, debido a la falta de personal, a los residentes se les está exigiendo más responsabilidad de la que se debiera: "Se han convertido en personal imprescindible en aquellos servicios de Urgencias donde no hay médicos suficientes para poder funcionar. Hay que tener en cuenta que son estudiantes que tienen unos conocimientos limitados y que no están completamente formados para afrontar la Medicina de Urgencias. De hecho, hay casos donde hay ocho residentes y un único médico responsable del servicio. Este papel puede ser deformativo para los MIR y de una gran responsabilidad para el único médico que está al frente de la situación", se lamenta.

Especialización

La creación de un sistema MIR especializado en Urgencias es la principal demanda del presidente de Socmue, "ya que la falta de formación en este ámbito permite que cualquier médico, independientemente de su especialidad, pueda trabajar en el servicio de urgencias", afirma.

Esto permite que cualquier médico de urgencias se vea obligado a hacer un estudio autodidacta de los temas donde le faltan conocimientos, porque su especialidad no los trata. "Este método de

aprendizaje no garantiza una formación adecuada para los médicos ni una calidad asistencial correcta para los pacientes".

SUS BURN-OUT SON UN 7 POR CIENTO MÁS ELEVADOS

Los médicos pendientes de litigios cometen más errores

Los facultativos que han sido denunciados por cometer algún tipo de negligencia también están menos satisfechos con su profesión, sus niveles de burn-out son un 7 por ciento más elevados que los de otros médicos, sufren depresión, suelen tener pensamientos suicidas y no recomiendan a sus hijos que estudien Medicina.

Redacción | 12/12/2011

Éstas son las principales conclusiones de un estudio publicado en la revista del Colegio de Cirujanos de Estados Unidos. "Actualmente es muy fácil que te denuncien. Es el precio que tienen que pagar los cirujanos que comenten errores médicos", dice Charles M. Balch, profesor de cirugía en el Centro Médico de la Universidad de Texas Southwestern y autor del estudio.

Errores médicos

Lo cierto es que se trata de un precio demasiado alto y puede ser la pescadilla que se muerde la cola, ya que los médicos involucrados en un proceso judicial tienen muchas más posibilidades de cometer errores médicos. Para llegar a estas conclusiones, investigadores del John Hopkins Medical Institutions y de la Clínica Mayo quisieron analizar las 7.164 encuestas que recibieron - de un total de 25.075 que se enviaron- de miembros del Colegio de Cirujanos. A los facultativos se les preguntó si en los últimos dos años habían estado implicados en un proceso judicial por negligencia médica y de qué forma les había afectado a su vida personal.

El 25 por ciento de los que contestaron habían estado implicados en procesos judiciales recientes y la mayoría eran jóvenes, trabajaban más horas, tenían más guardias nocturnas y muchos de ellos trabajaban para el sector privado. En cuanto a los especialistas más "quemados" y denunciados, los neurocirujanos y cirujanos cardíacos aparecen los primeros.

SU PLAN BUSCA MÁS COORDINACIÓN ENTRE NIVELES

Cantabria modifica su reforma de AP tras el rechazo colegial

El malestar que ha generado en el colegio cántabro la intención de la consejería de que el médico de Familia ejerza como especialista hospitalario ha obligado a Sáenz de Buruaga a rectificar. La consejera dice que es un malentendido y que sólo busca más coordinación entre niveles.

Santiago Rego. Santander | 07/12/2011

La Consejería de Sanidad de Cantabria ha dado marcha atrás en su intento de que el médico de Familia ejerza como especialista hospitalario en los cuadros de no excesiva complejidad, y así rebajar la lista de espera de atención especializada. Esta propuesta estaba inicialmente recogida en el plan de reforma del primer nivel asistencial, que, en teoría, todavía está en fase de análisis (ver [DM del 2-XII-2011](#)).

La dura crítica del Colegio de Médicos de Cantabria al anuncio de la consejera de Sanidad, María José Sáenz de Buruaga, ha obligado a rectificar a la Administración autonómica. Sáenz de Buruaga se ha apresurado a aclarar que todo ha sido un "malentendido", y que no obligará a los médicos de Familia del Servicio Cántabro de Salud (SCS) a ejercer "funciones que no les corresponden".

- **La Administración afirma que su proyecto de reforma incluye más presupuesto, formación y medios para facilitar la capacidad de resolución**

El vocal de Atención Primaria de Colegio de Médicos de Cantabria, Santiago Raba, ha manifestado a Diario Médico que "si todo ha sido un malentendido", nada mejor que seguir trabajando desde la Consejería para hacer una buena reforma de la atención primaria y no saturar más de trabajo a los médicos de Familia". Raba, en nombre de la corporación profesional, había expresado, nada más conocerse los planes de la consejería, su total desacuerdo con el controvertido borrador del proyecto de la Administración para reformar el nivel, y en concreto, con la posibilidad de que los facultativos de Familia hicieran de especialistas hospitalarios en "casos sencillos", como dijo literalmente la consejera. Sáenz de Buruaga se muestra ahora dispuesta a someter la reforma a la consulta de los profesionales.

En el caso de haberse llevado a cabo los planes iniciales de la Administración, se hubiera devaluado, según el vocal colegial, la asistencia "más de lo que está ahora. Sin tiempo ni

formación, difícilmente se pueden asumir con garantías nuevas cargas asistenciales", ha indicado Raba, que ejerce como médico de Familia del SCS.

Tinte reivindicativo

Tras la fuerte respuesta colegial, la consejera ha asegurado que no hará ejercer a los médicos de atención primaria "funciones que no les corresponden", y que en ningún caso la Administración sanitaria pretende que los profesionales del primer nivel "ejercen de especialistas hospitalarios. Lo que queremos es que haya más coordinación entre los dos niveles, en beneficio de una mayor continuidad asistencial para el paciente, y una mayor resolución de la propia primaria", ha matizado la titular de Sanidad de Cantabria.

Aunque el colegio no tiene constancia del borrador del plan gubernamental para primaria, Raba ha aprovechado para recordar que los profesionales del SCS padecen una notable sobrecarga de trabajo. "Con un porcentaje de sustituciones inferior al 10 por ciento, los médicos de Familia están sometidos ya en la actualidad a una sobrecarga asistencial importante. Y obviamente tampoco se les sustituye cuando van a cursos de formación, aunque los interesados los paguen de su bolsillo", ha denunciado el vocal colegial.

Sáenz de Buruaga ha tratado de tranquilizar al colectivo médico y ha subrayado que el plan que maneja su departamento para reformar primaria incluye más presupuesto, formación y medios para facilitar la capacidad de resolución de los profesionales sanitarios. Según la página web oficial del SCS, este organismo cuenta con 507 facultativos de Familia, aunque este dato no ha sido actualizado desde 2008.

Al hilo de las promesas de la consejera, Raba ha hecho hincapié en que los médicos "disponen de ocho minutos, como máximo, para atender a cada paciente, que como media consulta dos problemas distintos. Salvo que exista algún plan oculto para doblar el tiempo de las consultas en el primer nivel, sustituir al cien por cien de los profesionales y mejorar el acceso a las pruebas diagnósticas -cuando se está haciendo justo lo contrario-, la atención, obviamente, se devaluaría si los profesionales asumen más funciones".

Labor de prevención

Con respecto a la asunción de funciones propias de los especialistas, el vocal colegial le recuerda a la consejera que los médicos de Familia ya son especialistas una vez que superan el periodo MIR de Medicina Familiar y Comunitaria, y que una de sus labores específicas es la prevención de los factores de riesgo de las patologías más frecuentes, "así como solucionar, sin

necesidad de derivaciones hospitalarias, el 80 por ciento de las patologías agudas más habituales en los centros de salud".

En opinión de Raba, si la Consejería de Sanidad pretende que sus profesionales sean más resolutivos es necesario que se cumplan tres premisas: un mayor acceso a pruebas diagnósticas tradicionalmente hospitalarias, más tiempo para atender a los pacientes, e incrementar la formación continuada de los facultativos.

... Y TODO POR MENOS DINERO

Aunque la Administración sanitaria autonómica hable de que la reforma del primer nivel asistencial incluirá más dotación presupuestaria, el vocal de Atención Primaria del colegio no las tiene todas consigo, sobre todo al hilo de las experiencias previas. Raba recuerda que el colectivo médico se ha visto especialmente castigado en los dos últimos años con los recortes presupuestarios, que se han traducido en una pérdida media del 8 por ciento en los salarios. También ha hecho hincapié en que el Gobierno ha suprimido en el borrador de presupuestos de Sanidad para 2012 (ver [DM del 29-XI-2011](#)) los complementos de carrera y productividad variable, "lo que supone, en algunos casos, más del 20 por ciento del sueldo médico".

UN RIESGO QUE SE PODÍA PREVER

Lesionar el nervio espinal al operar una adenopatía no es daño desproporcionado

La doctrina del daño desproporcionado está endureciendo sus términos de aplicación ([ver DM del 19-IX-2011](#)), como lo están constatando expertos en Derecho Sanitario.

S.V. | 12/12/2011

La doctrina del daño desproporcionado está endureciendo sus términos de aplicación ([ver DM del 19-IX-2011](#)), como lo están constatando expertos en Derecho Sanitario. Esta nueva aplicación de la doctrina del Tribunal Supremo ya ha llegado a las instancias judiciales inferiores. Así se puede ver en la sentencia dictada por el Juzgado Contencioso-administrativo número 2 de Santiago de Compostela, que condena al Servicio Gallego de Salud (Sergas) por lesionar el nervio espinal en una intervención quirúrgica de adenopatía lateral de cuello.

- **La lesión ocasionada al demandante no constituye un riesgo extraño o desconocido o que resulte ajeno a la intervención quirúrgica**

El Sergas deberá indemnizar con 50.000 euros al demandante, que después de someterse a dicha intervención ha visto reducida la movilidad de un brazo.

Alfonso Iglesias ha llevado la representación judicial del paciente, que después de que la Administración sanitaria le reconociera su derecho a cobrar una indemnización de 35.000 euros, decidió recurrir esta cantidad por considerarla insuficiente.

Un daño previsible

En el recurso se apeló a la doctrina del daño desproporcionado, que el juez no aceptó. La sentencia señala que "debe descartarse la presencia de un supuesto de daño desproporcionado, como se pretende por la parte actora, pues si bien es cierto que el daño producido no debe de ser soportado por el paciente también lo es que la lesión ocasionada no constituye un riesgo extraño o desconocido, o que resulte ajeno a la intervención quirúrgica". El fallo continúa afirmando que la lesión del nervio espinal "se debió de prever y ser evitado, por lo que no procede la aplicación de la doctrina alegada por la parte recurrente".

Además, el fallo reconoce que no existió el debido consentimiento informado de la intervención y, por tanto, que existe un daño moral antijurídico que hay que compensar.

Fijar la indemnización

El resto de la resolución judicial trata de establecer la cantidad justa para indemnizar el daño del demandante. Para este fin, el juez señala que el demandante tiene reconocida la incapacidad permanente y, por consiguiente, una pensión mensual de 490 euros, "lo que necesariamente sí se ha de tener en cuenta a fin de evitar un improcedente enriquecimiento injusto".

El juzgado contencioso de Santiago ha acordado aumentar la cuantía de la indemnización de los 35.000 euros concedidos en vías administrativa a 50.000 euros, sin hacer un expreso pronunciamiento de las costas.



Hoy se puede clarificar quién será el próximo ministro de Sanidad

□ **Mariano Rajoy** desvela hoy quién serán los presidentes del **Congreso de los Diputados** y del **Senado**, algo que puede servir para dejar más claras las quinielas de **ministro de Sanidad**, ya que una de las candidatas a liderar la **Cámara Baja** es la exministra **Ana Pastor**, que ya la

ha vicepresidido durante la pasada legislatura. Precisamente ella y **Santiago Cervera** son los dos candidatos que más suenan para hacerse responsables de la sanidad española, así que habrá que estar pendiente de la primera gran decisión en cuanto a nombres del líder popular. Para confirmarlo habrá que esperar hasta el **22 de diciembre**, cuando **Rajoy** haga público quiénes son sus elegidos...

El declive político de Leire Pajín le puede servir para tener más tiempo para twitear

Y unos que vienen y otros que se van, como decía Julio Iglesias. **Leire Pajín**, la peor ministra de Sanidad según la valoración de los ciudadanos a través del CIS, ya está recogiendo sus cosas de la sede del **Paseo del Prado**, aunque será diputada del Congreso, acompañada por los que han sido sus compañeros de Consejo de Ministros **Carne Chacón**, Manuel Chaves, **Trinidad Jiménez**, Francisco Caamaño, Antonio Camacho, Valeriano Gómez, Ramón Jáuregui y Rosa Aguilar. Pero su futuro político es incierto. En **Alicante**, donde ha sido cabeza de lista del **PSOE en el 20-N**, le están tratando de 'hacer la cama' después de los malos resultados cosechados en las Elecciones Generales. Y su paso por Sanidad ha venido a empeorar su cartel político, porque se ha caracterizado por buscar más la confrontación (como con Galicia por el catálogo) que el consenso. Tal vez ahora que vive su declive político **Pajín** tendrá más tiempo para 'twitear', ya que su perfil en este *microblogging* tiene acumulados casi 7.000 seguidores (entre los que se cuenta **Redacción Médica**) y aún no ha publicado un solo *tweet*. ¿Será de esos malos políticos que cuando están en el poder no hablan y cuando llegan a la oposición son muy accesibles?..

DOBLARÍA LA PREVISIÓN PARA ESTE AÑO

Cantabria podría llegar al 2,6% de déficit por las facturas del SCS

Según la consejera de Economía, **Cristina Mazas**, achaca el desfase a las facturas por importe de 250 millones detectadas en el Servicio Cántabro de Salud

Redacción. Santander

Cantabria podría superar este año las previsiones de déficit y llegar al 2,6 por ciento al cierre del ejercicio, el doble del 1,3 por ciento permitido por el Estado a las comunidades autónomas. Así lo ha manifestado a RNE la consejera de Economía, Hacienda y Empleo del Ejecutivo regional, **Cristina Mazas**, que ha achacado el desfase a las facturas por importe de 250 millones de euros detectadas en el Servicio Cántabro de Salud (SCS).

En declaraciones a esta emisora, recogidas por Europa Press, la consejera ha defendido que este 'agujero' deberá incluirse en el déficit del presente ejercicio para "poder ir regularizando la situación".

En este sentido, ha explicado que el límite del 1,3 por ciento de déficit fijado por el Gobierno central supone 188 millones de modo que, si se suman los 250 millones del SCS, "el déficit se va a doblar", con lo que podría alcanzar el 2,6 por ciento. "Es un ejercicio que hay que hacer", ha defendido **Mazas**, partidaria de "decir al ciudadano lo que hay" y de "tomar medidas en consecuencia".

"En algún momento hay que regularizar la situación", ha añadido, al tiempo que ha señalado

que si se tiene en cuenta las fechas de las facturas del SCS la cuantía total se van a "imputar" al presente ejercicio de 2011.

Pero, en opinión de la consejera, "lo grave" no es que el año que viene "se tengan que dejar de hacer muchas cosas para pagar deudas contraídas en años anteriores", sino que la situación en que se encuentra la región "probablemente" afecte también a los presupuestos de ejercicios siguientes, como 2013 ó 2014, ya que incluso hay "compromisos que llegan al año 2031", ha indicado. "Esas deudas nos van a pesar y mucho", ha advertido para concluir.

JORNADA DE CUIDADOS PALIATIVOS

Cantabria plantea crear grupos de trabajo para mejorar la atención al final de la vida

Se analizará la actual situación de la prestación sanitaria, así como las posibles mejoras

Redacción. Santander

La comunidad autónoma de Cantabria centra su atención en la atención sanitaria al final de la vida y plantea crear grupos de trabajo para mejorar la asistencia de estos pacientes. Varios expertos debatirán el próximo jueves estas cuestiones en la I Jornada 'Avanzando desde la experiencia', que versará sobre los cuidados paliativos en Cantabria.

Esta sesión, organizada por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales a través de la Dirección General de Salud Pública, tiene por objetivo analizar la situación actual y las posibles modificaciones y mejoras que se pueden incorporar al actual Plan de Paliativos.

Para ello, el acto contará con una mesa coloquio sobre la 'Situación actual en Cantabria. Deficiencias y áreas de mejora. Perspectivas de futuro', en la que intervendrán profesionales sanitarios de Atención Primaria y los centros hospitalarios de Valdecilla, Laredo, Sierrallana y Santa Clotilde.

Por su parte, Marcos Gómez Sancho, director de la Unidad de Medicina Paliativa del Hospital Universitario Dr. Negrín de Las Palmas de Gran Canaria y presidente de la Comisión Deontológica de la Organización Médica Colegial, pronunciará una conferencia magistral sobre 'Los últimos días de la vida. Morir con dignidad'.

Finalmente, el acto se completará con un homenaje al doctor Jaime Sanz Ortiz, jefe del Servicio de Oncología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y pionero en España de los cuidados paliativos.



CESM de Castilla-La Mancha se opone frontalmente a las medidas del SESCAM y a su no negociación

- **Dirigentes del SESCAM confirman al Sindicato Médico los recortes en Sanidad: no se reduce el complemento específico, pero aumenta la jornada semanal 2,5 horas, baja el precio de la hora de guardia o se congelan los pagos de la carrera profesional, entre otros aspectos**
- **El sindicato muestra su "más enérgico rechazo" a la falta de negociación, y en lo sucesivo no acudirá a más reuniones con el SECAM que no sean para tratar cuestiones**

El Sindicato Médico de Castilla-La Mancha, cuya dirección ha mantenido una reunión bilateral con el director gerente y el de Recursos Humanos del Servicio de Salud de la comunidad (SESCAM) donde han sido informados directamente de las medidas que va a aplicar en la Sanidad el Gobierno regional, han mostrado su "más profundo rechazo" a estas medidas "por las pérdidas retributivas y de derechos laborales adquiridos que suponen para los facultativos". Además, desde CESM se ha expresado una enérgica repulsa por "la absoluta falta de negociación del Gobierno autonómico con nuestra formación, representante mayoritaria del colectivo médico.

"La Administración nos ha convocado sólo para notificarnos sus decisiones, y por ello queremos hacer constar que en lo sucesivo no nos reuniremos para que simplemente se nos informe de las medidas que se van a tomar. Solamente acudiremos en el caso de que esté abierta la negociación.

Los facultativos sabemos en qué partidas se puede ahorrar sin que sean necesarios los recortes retributivos y la pérdida de derechos, pero para ello es necesario que al menos se abra el diálogo", manifiesta el Sindicato Médico en su comunicado.

En la reunión bilateral, celebrada el pasado lunes, la Administración autonómica ha explicado que pretende reducir el gasto un 15,2 por ciento (466 millones de euros). Y se ha confirmado la única noticia positiva, lo ya notificado por la directora de Recursos Humanos mediante correo electrónico a los profesionales: no se reducirá al personal del SESCAM el diez por ciento del complemento específico como al resto de trabajadores públicos (un tres por ciento de las retribuciones).

Los recortes para los médicos, sin embargo, van a ser abundantes. En primer lugar, se aumenta la jornada semanal a 37,5 horas, lo que se traducirá "en una pérdida del 7,9 por ciento para los facultativos mientras que para el SESCAM supone un ahorro de 40 millones de euros", resume el sindicato, que recuerda a la administración que debe cumplir en todo caso la normativa contenida en el Estatuto Marco de 2003 (jornada de 48 horas semanales en cómputo semestral).

También baja el precio de la hora de guardia, que se reducirá a la media nacional, lo que podría suponer una pérdida aproximada de hasta un quince por ciento, algo que el sindicato considera "inasumible", aunque el SESCAM mostró su voluntad de estudiarlo.

Carrera profesional, productividad variable, AP

Se congela la carrera profesional, en lo relativo a pagos, aunque se seguirán consolidando los grados en los Comités de Evaluación. Sólo se abonarán los grados a los que ya los cobran ahora. Se pagará la Productividad Variable de 2010 "en breve": se espera poder hacer frente al

pago de la de 2011 en el año próximo, y la del 2012 se negociará con un nuevo contrato de gestión por incentivos.

En Atención Primaria no se pagará la mayor carga de trabajo con el modelo actual. Sólo se abonará el porcentaje que corresponde al mayor número de TIS que se deben atender, comunica CESM, que también considera esta medida "completamente inasumible por la pérdida económica que supone".

Se reducirán los médicos eventuales y sustitutos, y se "adecuarán" los PAC y los PEAC. También se "adecuará" la libranza de las guardias de sábado, medida que rechaza CESM por la obligación legal de que el profesional disfrute al menos de 36 horas de descanso semanal ininterrumpido y de doce horas de descanso tras finalizar la jornada (Estatuto Marco). En la exención de guardias, se revisarán los pactos.

Por otra parte, se pretenden controlar el absentismo desde el primer día de baja; se quiere implicar al facultativo en la gestión clínica, áreas de gestión integrada y cartera de servicios, con la incentivación por objetivos; se reducirán mandos intermedios y un tercio de los cargos directivos, con un ahorro calculado por este apartado de 18 millones; no habrá actividad programada en puentes, con cierre y disminución de camas activas; se reorganizarán las guardias y la quinta guardia mensual, con un ahorro estimado de 23 millones.

Además, se pretende una mayor utilización de EFG (ahorro estimado de 25 millones), trabajando por una prescripción adecuada; una disminución de la demanda; una disminución de medicamentos de alto costo (reducción en farmacia estimada de 51 millones); una revisión de complementos salariales vigentes en situación de I.T; una mejora en gestión de laboratorio; la revisión de conciertos, transportes y dispersión geográfica; y una gestión público/privada de los hospitales de Almansa, Villarrobledo, Tomelloso y Manzanares "sin que, según la Administración, afecte a los facultativos", informa el Sindicato Médico.

OCIO Y ENTRETENIMIENTO

AL DÍA

El doctor está al teléfono

Más de 44 millones de aplicaciones electrónicas relacionadas con el mundo de la salud se descargarán en los móviles el año próximo

'Fiebre niños Plus' es una aplicación para el Iphone que calcula las dosis de medicación recomendadas para cada niño según su peso. 'Cry Translator' nos ayuda a descubrir por qué llora un bebé y nos ofrece consejos sobre cómo calmarlo, mientras que 'iHeart' sirve para medir el ritmo cardíaco. Un termómetro corporal mide la fiebre a partir de los latidos de su corazón. Estas son sólo algunas de las aplicaciones que ofrecen los 'smartphones' a los usuarios desafiando a la mismísima medicina tradicional.

El Iphone, la Blackberry o el Ipad se convierten de esta manera en doctores electrónicos. ¿No sabe qué medicina debe tomar para el dolor de garganta? Solo tiene que buscar la perfecta aplicación en su móvil y ella le recomendará el fármaco adecuado. Eso sí, le avisará de que

únicamente es una recomendación y que lo correcto es acudir a la consulta del médico o a su farmacéutico, faltaría más.

La consultora estadounidense Juniper Research ha llevado a cabo un estudio sobre la relación entre la medicina y las nuevas tecnologías, y los resultados son cuanto menos dignos de tener en cuenta. Las previsiones apuntan a que el número de descargas de aplicaciones electrónicas relacionadas con el mundo de la salud podría superar en 2012 los 44 millones, una cifra que se triplicaría antes del año 2016, según el informe.

Las repercusiones en el mundo sanitario de esta transferencia de 'praxis profesional' a los móviles no son del todo negativas, pese a los evidentes recelos que suscita en el colectivo médico. Estos avances tecnológicos podrían servir a los facultativos de la salud como herramientas portátiles de diagnóstico y para manejar historiales médicos, ya que alguna de estas aplicaciones permite almacenar datos e historiales de los pacientes. De la misma manera, estos avances repercutirían en los gastos sanitarios rebajando las cifras, por ejemplo, de consultas del médico de cabecera.

Trabajos de investigación

Cada vez son más los interesados por este mundo de las aplicaciones sobre salud y bienestar, por lo que comienzan a publicarse trabajos de investigación que tratan de cuantificar los beneficios o perjuicios que reportarían estas herramientas, tanto para los usuarios como para los profesionales. Lo cierto es que no todo son aplausos para estas iniciativas: su efectividad es cuestionada por muchos expertos. Algunos profesionales critican que el criterio médico sea sustituido por aplicaciones para dispositivos móviles cuyos autores, en muchas ocasiones, son unos perfectos desconocidos sin el respaldo de una titulación.

Pero no solo sobre medicina va esta 'fiebre'. Existe otra categoría de aplicaciones para 'smartphones' sobre 'Salud y forma física' que comienza a arrasarse en el mercado. En este grupo de herramientas podrá encontrar ayuda sobre cómo alimentarse correctamente, qué ejercicios son adecuados para muscular el abdomen o cómo lograr conciliar el sueño, entre muchos otros ejemplos. Definitivamente, el mundo de la tecnología parece no conocer límites.

