

INFORMACION DEL SMC



Recobremos el placer de ser médicos



Boletín Informativo SMC-CESM

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



Unidos podemos

OPINIONES

Interesantes declaraciones del Dr. Raba a
Casa SALUD del diario ALERTA

http://www.eldiarioalerta.com/edicion_digital/casa_salud/

PROGRAMA ELECTORAL SANITARIO DE UPYD

Por un Estado que recupere las riendas de la gestión sanitaria

El último partido en llegar y obtener representación parlamentaria, UPyD, abre el repaso que Diario Médico va a dar a los programas electorales de los principales partidos políticos de cara al 20-N. Sus propuestas se basan en que Sanidad debe recuperar su capacidad de gestión.

José A. Plaza | 31/10/2011

Si hay algo que llama la atención, en lo tocante a sanidad, en el programa electoral de UPyD, es que propone la *devolución al Estado de las competencias de Sanidad*. Pero por partes; no sugiere una vuelta atrás de las transferencias autonómicas. Todo tiene su explicación y, en este caso, la aporta Enrique Normand, portavoz de UPyD en la Comisión de Sanidad de la Asamblea de Madrid: "Esto no implica una gestión centralizada; sólo queremos que el ministerio controle la gestión y recupere las riendas".

Esta medida se enmarca en lo que UPyD llama la *restauración del SNS*, un punto clave de su programa en el que habla de recuperar la cohesión y la equidad, de un cambio en la planificación sanitaria y de lograr una política gestora de verdadera transparencia. La implantación de la tarjeta sanitaria única en todo el territorio nacional y la creación de una Comisión Nacional de Supervisión del SNS son otros puntos claves. Normand también ha destacado la necesidad de fomentar la evaluación en el sistema sanitario.

- **Solicitan profesionalizar los cargos directivos del SNS con el objetivo de despolitizar la gestión**

Copago: no, pero...

El partido que preside Rosa Díez aboga también por mejorar la financiación y la actividad de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, un organismo que integraría las diferentes agencias autonómicas para evitar duplicidades. Una de las medidas más polémicas, el copago, merece también explicación: "Si dependiera de nosotros no se aplicaría. Pero, como quizá sí suceda, creemos que sólo debe aplicarse en situaciones concretas y teniendo siempre en cuenta el nivel de renta".

Si UPyD gobernara, el acceso de los profesionales a las plazas del SNS se modificaría mediante una centralización de las oposiciones, con un examen común para todo el Estado, un baremo uniforme de méritos y un calendario periódico de pruebas que evita la interinidad.

Además, el Estado sería el único responsable en la acreditación de la formación sanitaria y podría dotarse de una Agencia Española de Formación Sanitaria. En este sentido, ha recordado que "hay sentencias de tribunales que dicen que, como es competencia de las autonomías, cualquier intento de centralizar este tema está condenado, a no ser que se cambie la ley". Hay un último guiño a los profesionales. El portavoz de UPyD propone "un sistema similar al que se utiliza para repartir las plazas de formación (MIR) para repartir las plazas de trabajo de médicos especialistas y enfermeras".

- **El programa propone que el Estado sea el único responsable para acreditar la formación sanitaria**

En torno a la farmacia

La Farmacia ocupa un lugar importante para UPyD. Su propuesta de racionalizar el gasto farmacéutico pretende combatir la hiperprescripción y establecer fármacos de referencia en determinadas patologías, excluyendo de la financiación pública los equivalentes terapéuticos más caros "salvo excepciones clínicas justificadas". Esto, junto al uso de protocolos nacionales para uso de fármacos hospitalarios de alto coste, promovería la equidad en el SNS y facilitaría el control del gasto. UPyD tampoco olvida a los dependientes y habla de modificar la Ley para situarla dentro de las competencias del Estado en materia de Seguridad Social. Además, los servicios sociales y de atención a dependientes serán competencia sobre todo de los ayuntamientos.

La gestión de la sanidad "debe estar al margen de todo vaivén político". Se necesita un modelo público más flexible y aprender de errores previos "como la implantación de modelos hospitalarios sin evaluación previa". Reducir la burocratización de la atención primaria también está en su programa, que propone una profesionalización de los cargos gestores del SNS "mediante adjudicación de plazas siguiendo criterios de mérito y capacidad", con el objetivo de despolitizar la gestión.

EL PROGRAMA, EN 5 PUNTOS

Estado-autonomías

El Ministerio de Sanidad debe controlar la gestión y recuperar las riendas.

Copago

No lo adoptarían. Si se implanta, lo vinculan a situaciones concretas y atendiendo al nivel de renta.

Gestión transparente

Publicitar bianualmente los indicadores sanitarios y centralizar oposiciones al SNS.

Profesionalización

Sólo el Estado puede acreditar la formación sanitaria, basándose en mérito y capacidad.

Dependencia

La Ley, junto a la competencia estatal en Seguridad Social. Gestión por ayuntamientos.

NOTICIAS C E S M

CONFEDERACIÓN. Mesa estatal de Sanidad: 10 de noviembre a las 10 horas

Dos meses después del acto oficial de su constitución (8 septiembre), la Mesa Sectorial de Sanidad celebrará su primera reunión el próximo 10 de noviembre, a las 10 horas, en el Paseo del Prado. Así se lo ha confirmado Francisco Valero, director de Ordenación Profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección del Ministerio a los sindicatos que forman parte de este nuevo ámbito de negociación. La incertidumbre se cieme sobre la presencia de las autonomías ya que, pese al esfuerzo conciliador de Valero para tratar de que acudan en su conjunto, no está claro cuáles irán finalmente a la cita.

Fuentes consultadas por REDACCIÓN MÉDICA apuntan que en el orden del día se encontrará la aprobación del reglamento interno de la Mesa, la priorización de temas a negociar y otros puntos como el desarrollo de la carrera profesional del personal estatutario de la Organización Nacional de Trasplantes, cuestión propuesta al parecer por el Ministerio.

Fuentes: REDACCIÓN MÉDICA, 31-10-2011; ACTA SANITARIA, 31-10-2011; EL MÉDICO INTERACTIVO, 31-10-2011

<http://www.redaccionmedica.com/edicion/31-10-2011>

<http://www.actasanitaria.com/noticias/actualidad/articulo-convocada-la-primer-mesa-estatal-de-sanidad-tras-su-constitucion.html>

<http://www.elmedicointeractivo.com/noticias/nacional/106774/el-ministerio-confirma-que-la-mesa-estatal-de-sanidad-se-va-a-celebrar-el-proximo-10-de-noviembre>

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

CONFEDERACIÓN. Un estudio de CESM detecta diferencias autonómicas por conceptos salariales en el SNS

El "Estudio de las condiciones de trabajo, retribuciones y carrera profesional de los médicos en España", elaborado hace cinco años por el **Sindicato Médico de Navarra** para la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (**CESM**), continúa siendo el único trabajo que contiene al detalle lo que perciben los médicos de las 17 comunidades autónomas, y Ceuta y Melilla. A pesar del tiempo transcurrido desde su elaboración, todavía sirve de guía para comparar.

La prensa de Canarias, se hace eco de las declaraciones del presidente del Sindicato Profesional de Médicos de Las Palmas, **Isidro Rexachs**, para quien "hay diferencias grandes y Canarias no se encuentra en un buen nivel".

En los conceptos fijos que perciben los médicos de Atención Especializada -Facultativos Especialistas de Área (FEA)- que no tienen exclusividad con los servicios públicos de salud, los de Canarias aparecen en quinta posición, con 42.352 euros anuales. Les separan de sus colegas murcianos, primeros en la lista, 2.386 euros. En las Islas no existe dicha exclusividad, pero sí en otras comunidades autónomas. De tal manera que esos 42.352 euros se convierten en la undécima cantidad de toda España a una distancia de 9.142 euros de los profesionales de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

La clasificación empeora en el caso de la Atención Primaria. Los facultativos canarios son los decimocuartos en el ranking, a 10.053 de un médico con exclusividad de Ceuta o Melilla.

Sin embargo, el precio de la hora de guardia vira la tortilla. Los catalanes, en la cola en retribuciones fijas, son los que más perciben por la hora de guardia (23 euros). Los médicos especialistas canarios son los undécimos por este concepto, con 16,27 euros por hora. Y un puesto más bajan sus colegas de Atención Primaria, que cobran la hora de guardia a 13,98 euros, mientras los catalanes mantienen los 23.

Fuentes: LA PROVINCIA-DIARIO DE LAS PALMAS, 31-10-2011 (pág. 16 de la edición impresa)

<http://www.laprovincia.es/canarias/2011/10/31/rexachs-canarias-encuentra-buen-nivel/412083.html>

CATALUÑA. Director de Economía del ICS: "Una falta de acuerdos con los sindicatos de la Mesa Sectorial provocaría una política de despidos de personal interino"

En declaraciones a Europa Press –que recoge REDACCIÓN MÉDICA-, y sobre el capítulo de personal, en el que el Instituto Catalán de Salud (ICS) quiere ahorrar 45 millones de euros, el director de Economía del ICS, Salvador Cardona, ha indicado que una falta de acuerdos con los cinco sindicatos de la Mesa Sectorial provocaría un "problema importante" y una consiguiente política de despidos de personal interino.

Además, Cardona ha señalado que el ICS adeuda 15 millones de euros en concepto de intereses de demora a sus proveedores, lo que supone un montante mayor que el del capítulo de inversiones, que en 2010 era de 13 millones de euros.

Fuentes: REDACCIÓN MÉDICA, 31-10-2011

http://www.redaccionmedica.com/noticia.php?not_id=19605&TB_iframe=false&height=600&width=710

VARIAS CC.AA. Asamblea general de la OMC: “Ante la crisis, los médicos se comprometen a rescatar a los más débiles, los pacientes”

La Asamblea general de la Organización Médica Colegial ha aprobado, en su última reunión, un [manifiesto de compromiso y exigencias](#) de la profesión ante la crisis económica, de valores y de gobierno en el SNS. A través de este documento –del que se hace eco la prensa médica-, la OMC se compromete a rescatar a los más débiles, los pacientes, a garantizar la calidad asistencial y a reforzar el papel de la ciudadanía sanitaria, también exige un pacto político y social para revitalizar el SNS y garantizar su sostenibilidad. Además, considera imprescindible la creación de un sistema de información sanitaria interoperable con todos los sistemas autonómicos de salud. Insiste en la necesidad de redefinir el modelo retributivo de los profesionales, vinculando una parte del mismo a los resultados y a la calidad asistencial. Pide un cambio efectivo del modelo asistencial y profesional, y recomienda racionalizar las prestaciones, con una utilización de recursos y servicios sanitarios en términos de coste/efectividad.

Fuentes: MÉDICOS Y PACIENTES, 31-10-2011

http://www.medicosypacientes.com/colegios/2011/10/11_10_31_asamblea

NOTICIAS GENERALES

ACTA SANITARIA

Los médicos retan a los políticos a preservar con financiación la sanidad pública

Para los representantes de los médicos integrados en el Foro de la Profesión, el problema actual de la sanidad pública es político y por ello reclaman a los representantes del pueblo financiación suficiente y un pacto entre partidos para seguir manteniéndola, al tiempo que exigen que la sanidad deje de ser utilizada como arma partidista.

Los recortes que han empezado, al menos públicamente, en Cataluña, son sólo el inicio de lo que está pasando de forma progresiva, aunque menos visible, en otras comunidades en forma de restricciones en las guardias, en recortes en pruebas diagnósticas o en atención continuada,

según pusieron de manifiesto este jueves tres representantes del Foro de la Profesión Médica: Juan José López Sendín, presidente del Consejo General de Colegios Médicos (OMC), Patricio Martínez, secretario general de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), y José M. Bajo Arenas, presidente de la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (FACME). La impresión que dejaron entrever es que los ánimos están soliviantados hasta el punto de que, desde algún sector de la profesión, se baraja incluso la posibilidad de ir a la huelga.

Falta de previsión y gestión

Los representantes de la profesión médica no dan la espalda a una realidad económica que afecta por igual a amplios sectores de la sociedad española, pero manifestaron su preocupación por su efecto en la calidad de la asistencia sanitaria. "Creemos que antes de hacer recortes en la asistencia sanitaria, hay otros muchos campos donde poder actuar", sostuvieron. Su primera crítica fue para la clase política, "por no haber sabido prever ni gestionar adecuadamente una situación que, si bien se enmarca en una crisis de carácter internacional, en nuestro país presenta caracteres específicos. Los médicos españoles llevamos años reclamando una política sanitaria con mayúsculas que, primero, garantice los recursos suficientes y, acto seguido, vele por su calidad y gestión óptima".

Un sistema fragmentado

Los médicos responsabilizaron a los políticos de todo signo de un sistema sanitario "fragmentado, heterogéneo, que no ofrece las mismas prestaciones según la CCAA de que se trate" y, además, con una mala gestión de los recursos, y excesiva burocratización. Patricio Martínez apuntó con un solo dato las diferencias del valor del ciudadano según la región en que habite: frente a los 1.700 euros que gastan la sanidad vasca o Navarra por habitante y año, en la cola están autonomías que no llegan a los 1.200. La OMC ha creado un observatorio para evaluar los efectos de la crisis, que se empezará a nutrir este viernes a través de los presidentes de los colegios de médicos.

Para el presidente del Consejo General de Médicos, Juan José Rodríguez Sendín, un pacto entre partidos es en estos momentos "tan necesario que no es posible tomar ninguna medida sin él. Las autonomías han creado verdaderas fronteras sanitarias entre ellas. Llevamos ocho o diez años pidiendo ese pacto y que no utilicen el dolor de los pacientes tirándose piedras en época electoral".

Un decálogo de propuestas

Al decálogo que ya envió la CESM a los facultativos para que mantuvieran las buenas prácticas en época de recortes, el Foro de la Profesión Médica ha añadido otro que considera de urgente atención y que dice:

PRIMERO.- Exigimos un Pacto de Estado por la Sanidad que debe contemplar acuerdos globales que hagan posible la sostenibilidad del sistema. En este Pacto es sustancial el acuerdo al máximo nivel político y los partidos deben comprometerse a no utilizar la Sanidad con fines partidistas.

SEGUNDO.- Presupuestos realistas y finalistas, con una financiación suficiente que responda a una cartera de servicios claramente definida que respete los principios equidad, universalidad y solidaridad.

TERCERO.- Es necesario incrementar la productividad y eficiencia del Sistema Nacional de Salud mediante un plan estructural de reformas que contemple la reducción al mínimo de la burocracia.

CUARTO.- Hay que cambiar el MODELO RETRIBUTIVO de los profesionales, para vincular buena parte del mismo a los resultados y a la calidad.

QUINTO.- Rechazamos cualquier recorte que afecte negativamente a la calidad asistencial de los pacientes.

SEXTO.- Exigimos la creación de una comisión de expertos que estudie el catálogo de prestaciones y que establezca criterios para la evaluación pre y postimplantación de medicamentos, tecnologías sanitarias e innovaciones clínicas como elementos fundamentales a la hora de racionalizar los recursos sanitarios.

SÉPTIMO.- Consideramos imprescindible desarrollar una política coherente y de calidad en el ámbito de los recursos humanos, y más concretamente, en la planificación de las necesidades futuras de médicos.

OCTAVO. - Desde el liderazgo en la gestión clínica, que nos corresponde por competencia y responsabilidad, los médicos exigimos su potenciación y extensión, como elemento clave para mejorar la eficiencia del SNS.

NOVENO.- Es urgente que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) funcione con criterios cohesionadores y ejecutivos.

DÉCIMO.- Hay que garantizar la Formación Médica Continuada y desarrollar la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), particularmente en lo que atañe al desarrollo profesional.

Las peticiones coinciden con lo que la mayoría de los partidos políticos defienden, al menos en público, algo que destacó Bajo Arenas con cierta perplejidad: "Cuando hablamos con los políticos, todos están de acuerdo en que la prioridad es el sistema sanitario. Por lo tanto, démosle a este producto tan bueno los recursos que necesita"

Agendas a golpe de encuestas electorales

Durante su intervención en el Foro de Nueva Economía, Leire Pajín se mostró "convencida" de que el PSOE ganará las próximas elecciones porque, según dijo, "los españoles ya se están viendo la diferencia entre los dos partidos políticos". Los que parecen no haberlo visto tan claro son muchos de los representantes de sectores económicos y profesionales relacionados con la sanidad, habituales en este tipo de actos, muy presentes en uno reciente con Ana Pastor, pero discretos, por no decir invisibles, en el desayuno con la actual ministra.

También el Colegio de Médicos de Madrid se mueve con las encuestas

El presidente en funciones del Colegio de Médicos de Madrid, Miguel García Alarilla, después de haber visto el avance de resultados del Barómetro de Opinión del CIS, en el que la Sanidad aparece como uno de los cinco principales problemas para los ciudadanos españoles, ha tocado a rebato pues, según dijo, los profesionales no pueden quedarse impasibles viendo cómo la población está cada vez más preocupada por el devenir de la sanidad en nuestro país. ¿Qué hacer?

SEMES desconvoca la huelga de urgencias en noviembre

La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, SEMES, se ha dado cuenta de la poca rentabilidad que, en estos momentos, podría tener el sacar adelante la huelga como medida de presión para que la Administración hiciera realidad la promesa de reconocer como especialidad primaria, vía MIR, Urgencias y Emergencias. Y es que, según Tomás Toranzo, el presidente de SEMES, además de no ser rentable la huelga, por la escasa capacidad del actual gobierno para conducir el proceso, al final iban a sufrirla inútilmente los ciudadanos.

Cartelería valenciana contra impago de la factura farmacéutica

Ante la creciente preocupación de los farmacéuticos de la Comunidad Valenciana, que desde el 31 de julio no cobran del gobierno de la Generalidad las facturas de los medicamentos dispensados con cargo a fondos públicos, han decidido, entre otras medidas visibles, el colocar una serie de carteles en sus oficinas de farmacia, a fin de informar a los ciudadanos sobre los problemas que están sufriendo y que, por consecuencia, puede repercutir en los pacientes. Aquí hemos decidido colocar uno de ellos que, como los otros tres restantes, terminan con el mismo consejo: 'Consulte a su farmacéutico'.

¿Sabía que...?

**Algunos laboratorios
comienzan a no
servir medicamentos
a las farmacias
preocupados
POR LOS IMPAGOS
de la Generalitat.**

CONSULTE A SU FARMACÉUTICO

Leire Pajín recibe la insignia de oro de los psicólogos españoles

La ministra de Sanidad, Leire Pajín, ha sido distinguida con la "Insignia de Oro" que otorga el Consejo General de Colegios de Psicólogos, "por su compromiso con el reconocimiento sanitario de esta profesión". Tras destacar el trabajo relacionado con el derecho a la salud de este colectivo, la ministra recordó que la nueva Ley de Salud Pública incorpora el reconocimiento sanitario de la profesión de psicólogo.

María J. Sáenz de Buruaga imputa al gobierno anterior el retraso de la OPE

La consejera de Sanidad de Cantabria, María José Sáenz de Buruaga, ha admitido que la Oferta Pública de Empleo, OPE, de Instituciones Sanitarias -321 plazas de enfermería-convocada en Cantabria en 2007, ha sufrido un retraso debido a un proceso "eterno y plagado de dificultades" que se inició, dijo, hace cuatro años, por tanto imputable al gobierno anterior. No obstante, aseguró que ya ha dado instrucciones para agilizar al máximo el proceso en todas las categorías.

DIARIO MEDICO.COM

FACILITA LAS REFORMAS Y LA REDUCCIÓN DE COSTES

Pacientes formados y médicos implicados para trabajar juntos contra la crisis

Cuando una compañía aérea cancela un vuelo, los pasajeros afectados suelen encararse con el personal de tierra, aun sabiendo que no son culpables del problema, porque son los únicos interlocutores que tienen a mano.

Rosalía Sierra | 31/10/2011

Cuando lo que se cancela es una intervención quirúrgica en el turno de tarde o se reduce el personal administrativo encargado de gestionar las citas, son los médicos los que reciben la mayoría de las quejas porque "son los que dan la cara ante los ciudadanos", según ha dicho Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), durante el Fórum Después de la crisis: una regeneración valiente del SNS, organizado por Esade, la Fundación Salud Innovación Sociedad y la Sociedad Española de Directivos de la Salud.

Esta tarea no retribuida se dificulta bastante "cuando encima no sabemos la verdad. No nos pueden pedir compromiso si desconocemos qué está pasando y hacia dónde vamos".

Un buen ejemplo

Médicos informados son médicos implicados, tal y como demuestra el caso del Hospital Clínico de Barcelona, donde "todos los profesionales deciden sobre contrataciones, nombramientos y ascensos. Tenemos un modelo de participación y meritocrático, y con la colaboración de todos hemos logrado hacer frente a los recortes económicos sin gritos ni movilizaciones", afirma Josep Brugada, director médico del centro barcelonés. Ante este ejemplo, Rodríguez Sendín opina que,

"si vemos que un modelo como éste funciona, ¿por qué no replicarlo en más centros?
Obviamente no es fácil, pero para llegar lejos siempre hay que dar un primer paso".

Y es que posiblemente la mayor traba para la evolución del sistema sanitario sea su inmovilismo; por ello, el presidente de la OMC piensa que en el Sistema Nacional de Salud "no llevamos 20 años de reformas, como algunos piensan, sino que llevamos dos décadas detectando problemas que no se solucionan". Y todo ello, a juicio de Brugada, porque "la Administración no es todo lo valiente que debería. Si algo no funciona hay que cambiarlo, y si eso no sirve, suprimirlo".

Esa valentía que reclama serviría también, según Albert Jovell, presidente del Foro Español de Pacientes, para implicar definitivamente a los usuarios en "el gobierno de las instituciones sanitarias". En su opinión, más derechos suponen más deberes, y viceversa. Sin embargo, "poco puede hacer un paciente que no esté adecuadamente formado". Por ello, propone introducir en el sistema público lo que ha denominado "pedagogía de los deberes".

Gestión de urgencias

A este respecto, Brugada considera que "la ciudadanía aprende rápido", y pone como ejemplo el Servicio de Urgencias de su hospital. Desde que se estableció un triaje estricto realizado por personal de enfermería separando claramente a los pacientes de nivel 4 ó 5, "a los que informamos de que pueden elegir entre esperar varias horas a ser atendido o dirigirse a otros recursos".

Gracias a este sistema, en que "los profesionales se han implicado con formación, sin imponerles ni prohibirles nada", el Clínico ha reducido sus urgencias a razón de entre un 5 y un 8 por ciento anual.

OPOSICIÓN, SINDICATOS Y USUARIOS

Movilización general contra los recortes presupuestarios

La Plataforma SOS Sanidad Pública, que agrupa la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Galicia, partidos (PSOE, BNG, IU), sindicatos (UGT, CCOO y CIG) y asociaciones de pacientes y vecinos ha celebrado movilizaciones en toda Galicia en contra de la política sanitaria del Ejecutivo regional.

María Lagoa. Vigo. | 31/10/2011

La Plataforma pide el respaldo de profesionales y ciudadanos para denunciar en la calle los recortes que se han producido en los últimos años. "Nos movilizamos en contra de una sanidad pública con una financiación cada vez más mísera y que va camino de la indigencia, como paso previo a su privatización", enfatiza el portavoz de SOS, Manuel Martín.

Para avalar su argumento, apela a los sucesivos descensos de las partidas sanitarias en los últimos tres años: "Este ejercicio se vuelve a reducir en 16 millones de euros; sin embargo, crece el gasto en conciertos, que pasa de 204 a 207".

Los capítulos de gasto que más bajan son, según la Plataforma, personal e inversiones, "que se redujo en 6 millones de euros respecto a 2011, y en 92 respecto a 2009", dice Martín.

Sin embargo, el acento se pone sobre el recorte de primaria: dice que este año ha disminuido un 1,6 por ciento, lo que implica una bajada acumulada del 13,6 por ciento en los últimos tres años.

EL PRIMER CONTACTO ACABA SIN COMPROMISOS

PSOE y PP sólo aportan buena voluntad a la crisis de primaria

Buenas palabras y poco más. Ése ha sido el resultado de las reuniones entre el Foro de Primaria y los grupos parlamentarios del PSOE y del PP para hacerles llegar las conclusiones de la Conferencia. El PSOE sólo ha prometido aprobar el documento que agiliza la gestión de la IT.

F. Goiri | 31/10/2011

Los primeros contactos que el Foro de Atención Primaria ha mantenido con representantes de los grupos parlamentarios ([ver DM del 19-X-2011](#)) han sido tan armónicos y de buen talante como poco productivos.

Ni el Grupo Parlamentario Socialista ni el Popular han asumido compromiso concreto alguno para el primer nivel con los tres miembros del Foro que se han reunido con ellos: Francisco Miralles, responsable de Atención Primaria de CESM y portavoz del Foro; Serafín Romero, secretario general de la OMC, y Ana Pastor, vicepresidenta primera de Sernfyc.

Ni el contexto electoral, ni la reticencia de los partidos a formular promesas demasiado concretas, ni, seguramente, el peso jerárquico de los interlocutores que el Foro ha tenido en esta ocasión (la secretaria de Bienestar Social del PSOE, Marisol Pérez, y el diputado del PP Mario

Mingo) han contribuido a que haya grandes anuncios. "Nos consta que a estas alturas de la legislatura y con todo por decidir en las urnas es muy difícil sacar nada concreto de estas reuniones, pero es básico que los grupos parlamentarios conozcan de primera mano el malestar de nuestro nivel", afirma Miralles. Romero, Pastor y Miralles han entregado en mano a los representantes políticos el catálogo de peticiones que ha elaborado el Foro a lo largo de los últimos meses y las conclusiones de la Conferencia de Primaria ([ver DM del 17-X-2011](#)).

- **Las medidas que planteamos para el primer año no implican ningún coste y el nuevo Gobierno podría aplicarlas ya si tuviera voluntad política**

"Ambos nos han manifestado que comulgan con los principios que enarbola el Foro, con su trayectoria y objetivos, pero no han ido mucho más allá", dice Miralles. Y eso que, como recuerda el portavoz del Foro, "les hemos insistido en que el paquete de medidas que proponemos para el primer año de aplicación no implicaría coste económico alguno, sino sólo reformas estructurales y administrativas, de forma que el Gobierno que salga elegido, sea del color que sea, podría ponerlas en marcha desde el primer día si tuviera la voluntad política de hacerlo". La única propuesta que se puede calificar mínimamente de compromiso es la intención del Gobierno socialista de aprobar antes del fin de su mandato el documento conjunto que han elaborado Sanidad y Trabajo para reducir la carga burocrática de la gestión de las bajas por incapacidad temporal (IT), y al que Leire Pajín se refirió en el marco de la Conferencia ([ver DM del 14-X-2011](#)).

La representante del PSOE les ha emplazado a una nueva reunión esta misma semana para concretar los pormenores de esa norma.

Sin respuesta

Tras sus primeros contactos con el PSOE y el PP, el Foro sigue a la espera de que los demás grupos parlamentarios les den una fecha para reunirse con ellos. "De momento, nadie más ha respondido -afirma Miralles-, y aunque creemos que el tema es suficientemente importante, tampoco vamos a reunirnos con quien no tenga interés en hacerlo".

La próxima reunión del Foro, que presumiblemente se celebrará la segunda semana de noviembre en la sede de la OMC, analizará, entre otras cosas, el resultado de estas reuniones.

LORENZO DEL RÍO, MAGISTRADO

El presidente del TSJ pide un uso racional de la Justicia

Lorenzo del Río, presidente del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, que ha participado en el foro de la Fundación Antares con la conferencia División de poderes: seguridad jurídica y progreso económico, ha apostado por educar a la sociedad en el uso racional de la Justicia, que "es un valor y un principio a preservar al tiempo que un servicio público", y ha puesto de manifiesto que la tasa de litigiosidad en España "es, con creces, mucho mayor que en los países avanzados de su entorno".

Europa Pres. Sevilla | 31/10/2011

La Justicia "tiene una necesidad inaplazable de eficacia y eficiencia, y debe administrarse de forma imparcial, ágil y sin excesivas dilaciones", lo que constituye "un ideal que todos pretendemos", aunque "a nadie escapa que España no se encuentra próxima a ese ideal, sino que más bien sucede lo contrario: la Justicia se percibe por el ciudadano como lenta, anticuada y politizada".

Del Río ha pedido "no cerrar los ojos a la realidad", pues la Justicia "necesita imperiosamente un cambio estructural en profundidad y nuevas formas de gestión, así como también que invertir en Justicia es nuestro mejor futuro, en seguridad jurídica y económica". Además, "la Justicia necesita fortalecerse y dar respuesta a los cambios producidos, pues, por un lado, "aumenta de modo considerable la sobrecarga de trabajo, y, por otro, la propia organización del Estado ve limitada su capacidad de reacción ante este aumento de la litigiosidad y la menor capacidad presupuestaria".

SEGÚN LA AUDIENCIA DE VALENCIA

No se puede dar el alta médica sin completar el tratamiento

La Audiencia Provincial de Valencia aclara en un fallo que el alta médica de un enfermo no se puede dar si el tratamiento no se ha completado. En caso de que el paciente no colabore en la asistencia, se le ofrecerá el alta voluntaria, según lo previsto en la Ley de Autonomía.

M. Esteban | 31/10/2011

El alta médica tras el ingreso de un paciente debe realizarse cumpliendo las previsiones de la Ley de Autonomía del Paciente. Así se desprende de una sentencia dictada por la Audiencia

Provincial de Valencia en la que se condena a un centro privado tras el fallecimiento de un enfermo por un alta que no debió darse.

Según la sentencia, el paciente, que tomaba inmunodepresores por un trasplante de riñón previo, ingresó en el hospital con un cuadro de suboclusión intestinal. Tras la administración de edemas y la prescripción de los tratamientos pertinentes, los médicos decidieron darle el alta. Los peritos aclaran en el informe que la razón fundamental del alta fue la falta de colaboración del enfermo y porque la situación clínica parecía resuelta al defecar el paciente, tolerar dieta y cesar el dolor. No obstante, según consta en los hechos probados, no se le practicó ninguna prueba antes del alta -sí una TC al ingresar-, no se le tomó la tensión antes de abandonar el centro ni se le efectuó más análisis en los tres días de ingreso, salvo el realizado el primer día.

La resolución judicial, facilitada por Aranzadi, aclara que el cumplimiento de la obligación de medios que compete a los profesionales sanitarios incluye realizar su actuación conforme a la *lex artis*, informar al enfermo y "continuar el tratamiento hasta que pueda ser dado de alta, advirtiéndose de los riesgos que su abandono pueda comportar".

Los magistrados aclaran que habrá que tener en cuenta las previsiones de la Ley de Autonomía del Paciente, tales como que si el paciente no acepta el tratamiento se le propondrá la firma del alta voluntaria y si no firmara, se podrá expedir con carácter forzoso. Ahora bien, ello no es posible si existen tratamientos alternativos, aunque sean paliativos, siempre que el centro los preste y el enfermo los acepte.

Causa principal del alta

En el caso estudiado, la Audiencia de Valencia afirma que cuando se le dio el alta al enfermo, "médica y no voluntaria, no se hizo siguiendo la *lex artis*, ya que aunque no tuviera fiebre ni fuertes dolores, sus leucocitos fuesen normales y el diagnóstico fuera sólo de suboclusión intestinal, se da [el alta] fundamentalmente por su falta de colaboración y también por defecar, pero sin completar el tratamiento, sin hacer un nuevo análisis de sangre ni toma de tensión y sin realizar pruebas de esa defecación efectiva, que sólo obra como manifestada por el enfermo".

Con los antecedentes de trasplante y la medicación que tomaba, si el paciente no quería seguir el tratamiento "se le debió dar un alta voluntaria, pero no la médica sin la constancia documental, ni debió ser esa negativa [al tratamiento] su causa fundamental".

Además, según consta en el fallo, después de que el demandante abandonara el hospital ingresó en otro centro a los pocos días "con un cuadro similar dada la proximidad temporal",

falleciendo en la unidad de cuidados intensivos por un shock por infección abdominal. La condena impuesta se fija en una indemnización de 26.209 euros a pagar solidariamente entre el centro privado y la compañía de asistencia sanitaria.

LOS DICTADOS DE LA LEY

Artículo 20. Informe de alta

"Todo paciente, familiar o persona vinculada a él, en su caso, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta con los contenidos mínimos que determina el artículo 3.

Artículo 21. El alta del paciente

1. En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la ley [...].

2. En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe correspondiente, oirá al paciente y, si persiste su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.

JOSÉ LUIS GUTIÉRREZ PÉREZ, GERENTE DEL SAS, PROPONE CINCO RETOS

El directivo debe adelgazar el equipo y quedarse con lo mejor

La conferencia inaugural de Sedap, a cargo de José Luis Gutiérrez Pérez, gerente del SAS, se titulaba Cambiando lo que somos sin usar el "hay que...". Y, como tal, ha explicado los retos que tiene el directivo de primaria, aunque... en realidad eso son las cosas que hay que hacer.

Laura Pérez Torres. Málaga. | 31/10/2011

Los grandes retos en atención primaria pasan por la completa participación ciudadana y la consolidación del plan de crónicos, según se ha establecido en el XIV Congreso de la Sociedad de Directivos de Atención Primaria (Sedap), que se ha celebrado en Málaga. Cinco son los retos que ha promulgado en la conferencia inaugural de las jornadas José Luis Gutiérrez Pérez, gerente del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

Por un lado, ha resaltado la necesidad de tener una máxima coherencia entre contratos-programa y acuerdos de gestión clínica y los objetivos individuales que cada profesional tiene.

"Esto no se puede lograr con contratos-programa de 500 páginas o 700 objetivos, que eran inevaluables. Nosotros hemos hecho un contrato-programa de tres páginas y 30 ó 40 objetivos que se desenvuelven en un cuadro de mandos que la organización tutela".

Además, hay que completar la participación ciudadana real y efectiva en las unidades de gestión clínica. En este sentido, el gerente ha informado de que en los próximos días firmará una resolución incorporando a dos ciudadanos elegidos por sorteo en la base de datos del SAS para que tengan como mínimo dos encuentros con los responsables de cada unidad de gestión, "uno para conocer los objetivos del año que viene y otro para conocer la evaluación de los objetivos del año pasado".

Como tercer y cuarto reto, se incorporarán objetivos poblacionales orientados a los resultados, en los que compitan hospitales y distritos de manera sinérgica. El quinto sería usar el plan de crónicos como gran revulsivo para volver a intentar la continuidad asistencial y la integralidad de la asistencia. "Si no lo conseguimos habremos perdido un momento histórico de la organización en el que existe ya capacidad resolutive y conocimiento técnico, entre otras cosas".

Competencias

Según Gutiérrez, "entre las competencias que debe tener un directivo de atención primaria destacan que entienda ahora mejor que nunca que la relación es a tres: profesionales, ciudadanos y la administración".

En este momento también es fundamental "el liderazgo motivante y proactivo, el compromiso que apuesta de manera empática con los profesionales y los ciudadanos". Asimismo, se requiere una dirección participativa: "Reunirse y escuchar en todos los entornos, tanto directores de unidad como grupos del área de interés o profesionales destacados. Hay que dejar que la organización participe; la capacidad de delegar es clave, no solo en el equipo directivo, sino en los profesionales".

El directivo debe adelgazar los equipos y quedarse con los mejores; esto funciona inmensamente mejor", ha señalado Gutiérrez Pérez. "Necesitamos directivos capaces de identificar líderes en la cuarta generación, en los jóvenes que vienen. Y hay que recuperar el peso de la investigación en primaria; esto es irrenunciable".

El gerente del SAS ha aprovechado para ofrecer datos del gasto en primaria respecto al gasto sanitario total -18 por ciento-, que está dos puntos por encima de la media española.



Los médicos proponen ligar su retribución a los resultados y la calidad

El foro de la profesión rechaza en un manifiesto «cualquier recorte que afecte a la calidad asistencial de los pacientes»

El Sistema Sanitario de Salud tiene «**un problema de financiación, no de sostenibilidad**», ha defendido **Juan José Rodríguez Sendín**, presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), esta mañana en Madrid. El punto decisivo es que **la sanidad está «infrapresupuestada»**, una trampa que viene de lejos pero que se ha hecho más acuciante ahora, con un Estado con las arcas vacías. Sacar la sanidad era una cuestión política, de que los partidos se pusieran de acuerdo, no de sostenibilidad.

Ante esta situación dura en la que nos hallamos, el Foro de la Profesión Médica, compuesto por la Organización Médica Colegial (OMC), la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (FACME), el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS), la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina (CNDFM) y el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), ha presentado un manifiesto con diez propuestas que la profesión médica hace al estamento político y a la sociedad.

Sendín señaló aspectos que no funcionan en la sanidad, como **la descoordinación de las Comunidades Autónomas**, el que se atienda mejor a un extranjero (porque su país paga a la región que le atiende) que a un español de otra comunidad, la descoordinación de recursos humanos, la falta de compras centrales, el que las decisiones del Consejo Interterritorial no fueran vinculantes, historiales clínicos fragmentados, etc. En todo esto cabía mucho campo de mejora, pero la profesión médica, afirmó Sendín, no iba a transigir con medidas que afectaran a la sostenibilidad del sistema ni que contribuyeran a que disminuyera la calidad de atención al paciente. «**Rechazamos cualquier recorte que afecte negativamente a la calidad asistencial de los pacientes**».

Patricio Martínez, secretario general de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), leyó los puntos de propuestas de la profesión, entre los que destaca el número cuatro: «**Hay que cambiar el modelo retributivo de los profesionales, para vincular buena parte del mismo a los resultados y a la calidad**».

«Exigimos un pacto de Estado»

El punto primero, ante las elecciones, también es significativo: «Exigimos un pacto de Estado por la sanidad que debe contemplar acuerdos globales que hagan posible la sostenibilidad del

sistema. En ese pacto es sustancial el acuerdo al máximo nivel político y los partidos deben comprometerse a no utilizar la sanidad con fines partidistas». Sendín respondió a ABC que se fiaba de lo que habían dicho los dos grandes partidos: que **se oponían al copago** en sanidad. Los médicos tampoco creen que el copago pueda contribuir a solucionar nada.

Las medidas de presión que estaban dispuestos a llevar a cabo los médicos eran, en primer lugar, informar de los recortes para que los ciudadanos tomaran más conciencia de los problemas, después, manifestarse, ponerse de lado de la población civil. **La huelga podría perjudicar más que ayudar**, pero, según Martínez, los médicos, con solo manifestarse, habían conseguido el recorte de gastos superfluos (de consejeros políticos, etc.) ya en Cataluña.



PREOCUPA LA DISPARIDAD DE PRESENTACIONES DE LOS PRINCIPIOS ACTIVOS

La llegada del 9/2011 provoca inquietud en la industria y advertencias del médico

Farmaindustria se agarra a que el precio de las marcas se ha igualado al genérico, y Fenin no entiende por qué se han incluido los productos sanitarios de venta en farmacia

Redacción / Imágenes: Miguel Ángel Escobar y Diego S. Villasante. Madrid

Este 1 de noviembre entra en vigor la generalización de la prescripción por principio activo (PPA) en el Sistema Nacional de Salud (SNS), prevista por el Real Decreto Ley 9/2011 que se aprobó por el Consejo de Ministros en agosto, tras ser esbozado a finales de julio en un Consejo Interterritorial del SNS confuso, en el que se presentó la idea a los consejeros de forma verbal, sin propuesta en firme plasmada en un documento.

Esta medida significa que, como norma, los profesionales sanitarios con capacidad para prescribir medicamentos lo deberán hacer consignando en la receta el nombre del principio activo del medicamento. El siguiente paso corresponde a la oficina de farmacia, donde el farmacéutico deberá dispensar un medicamento de los que estén a menor precio dentro de los que contengan el mismo principio activo que el prescrito, la misma dosificación y la misma vía de administración. El farmacéutico solo estará obligado a cambiar el medicamento prescrito cuando éste no sea de los de menor precio y el médico no haya justificado la necesidad terapéutica de ese medicamento concreto.

El 9/2011 indica que en los casos excepcionales en los que el médico prescriba un medicamento que sea más caro que sus iguales (de la misma agrupación homogénea) y no justifique su necesidad terapéutica, el farmacéutico estará obligado a sustituirlo por otro medicamento con el mismo principio activo, misma dosis y misma vía de administración. Por lo tanto, el médico que quiera prescribir al paciente el medicamento que considere más apropiado, tenga el precio que tenga, deberá justificar una necesidad terapéutica. Lo deberá hacer consignando la anotación 'necesidad terapéutica' las recetas oficiales en formato papel. De forma también excepcional, el médico podrá prescribir detallando la marca comercial siempre y cuando el medicamento prescrito esté a precio menor.

La Profesión Médica denuncia los riesgos del 9/2011 para el paciente

El presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), Juan José Rodríguez Sendín, ha asegurado que la prescripción por principio activo que contempla el 9/2011 conllevará algunos "riesgos" en su aplicación, ya que habrá pacientes que tengan "confusiones con los envases y las pastillas" en caso de que se vean obligados a cambiar de medicamento. "No es tolerable que, por razones de precio, estemos todos los días cambiando de envase", ha aseverado. Por eso ha manifestado que "no es razonable que la apariencia que tengan estas pastillas confundan a nuestros pacientes, y como se puede solucionar, no es un problema de la prescripción por principio activo, sino de quien tiene que tomar la decisión para evitarlo".

Rodríguez Sendín ha animado a los propios profesionales sanitarios a "estar atentos" ante estas posibles confusiones y dar "todo tipo de explicaciones" porque en su opinión, "la medida va a generar un ahorro importantísimo que necesitamos para sostener el sistema".

La industria innovadora pide que no se identifique con los genéricos

Por su parte, una de las partes interesadas, la industria innovadora, ha recordado que "la nueva norma ha configurado un mercado en el que lo que prima para el SNS es que se dispense siempre el medicamento de menor precio, con independencia de que sea o no genérico, por lo que no puede interpretarse la prescripción por principio activo como una obligación, ni tampoco identificarse con la prescripción de genéricos".

En la práctica, a partir del día 1 de noviembre, las marcas farmacéuticas originales deberán estar alineadas con el precio menor para seguir siendo dispensadas en el ámbito del SNS, por lo que Farmaindustria cree que "el médico podrá recetarlas con todas las garantías de que contribuye al sostenimiento del Sistema Nacional de Salud, pudiendo prescribir según su mejor criterio clínico, de la forma que considere más conveniente siempre que el precio sea el mismo", y ha incidido sobre que a los médicos, la posibilidad de seguir prescribiendo medicamentos de marca consiguiendo idénticos ahorros para el sistema que con los productos genéricos, "les permitirá tomar las decisiones más adecuadas para el buen control de sus pacientes", ya que "la posibilidad de seguir su tratamiento con sus medicamentos de marca habituales permitirá evitar confusiones derivadas de los inevitables cambios de envases, formas y colores".

Fenin advierte que pone en riesgo el sector de los productos sanitarios financiados y dispensados en farmacias

La otra patronal importante en la sanidad, la de la tecnología sanitaria, ha sido más crítica. La Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) cree que el 9/2011 generará graves perjuicios y consecuencias en el sector de los productos sanitarios financiados y dispensados a través de las oficinas de farmacia.

Jordi Bozal, vicepresidente de Fenin y coordinador del Grupo de Trabajo de Absorbentes, alerta de que es "inviabile trasladar el modelo de los medicamentos genéricos a los productos sanitarios, ya que, en este caso, no hay dos productos sanitarios iguales".

A juicio de Bozal, las medidas del nuevo decreto, "suponen una limitación a la libertad de prescripción de los profesionales sanitarios y, como consecuencia, se impedirá el acceso de los pacientes a determinados productos, pudiendo afectar al tratamiento y a la mejora de su calidad

de vida". María Aláez, directora técnica de Fenin, insiste en que "no existen estudios de equivalencia entre productos sanitarios que permitan disponer de evidencias científicas y técnicas que demuestren la igualdad de prestaciones de dos productos para la misma indicación".

En el mismo sentido comenta Juan Antonio Ferreiro, presidente del sector de Efectos y Accesorios de Fenin que el simple planteamiento "infringe un agravio comparativo importante, ya que estos no tienen como base un principio activo, sino que están fabricados en multitud de materiales de imposible clasificación homogénea", subrayando además que la homogeneización mermaría la inversión en I+D por falta de potencial innovador. Concluye Ferreiro advirtiendo de que "es especialmente preocupante la posibilidad cierta de que a un paciente se le cambie el producto con el que está siendo tratado en función de criterios puramente economicistas, sin tener en cuenta el perjuicio que dicho cambio puede acarrear para su salud". A este respecto, añade que "en el caso de los productos sanitarios, corresponde únicamente al profesional sanitario valorar y prescribir el producto que mejor se adecua a la situación clínica de cada paciente".

DECLARACIONES DE SU DIRECTOR ADJUNTO DE ASUNTOS ASISTENCIALES

El ICS da por "agotado" el modelo funcional en la sanidad

El viernes se clausuró el XIV Congreso de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria

Redacción. Málaga

El director adjunto de Asuntos Asistenciales del Instituto Catalán de Salud (ICS), Jaume Benavent, ha declarado que una de las consecuencias de la crisis económica es que habrá que hacer "más cosas con menos dinero, e incluso menos cosas con menos dinero". Este directivo señala que el recorte presupuestario del 10 por ciento que se aplica en Cataluña es "casi una reconversión".

Benavent fue uno de los ponentes de la mesa "Gestionar en tiempos revueltos" del XIV Congreso de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (Sedap), que se clausuró el viernes pasado. "En Cataluña nadie duda de que la sanidad tiene que ser absolutamente pública, pero hay cosas no se pueden hacer sin ayuda privada", argumentó Benavent, que rechazó que las reformas planeadas por la Generalitat supongan una privatización del sistema sanitario. "Para nosotros el modelo funcional está agotado. No se puede conseguir corresponsabilidad con él", zanjó.

Entre los consejos de este directivo a los gestores sanitarios se encuentra "tener siempre la maleta hecha, ya que las crisis amortizan antes a los ejecutivos", asumir que no se tienen todas las respuestas para una situación "que nunca antes se ha vivido", aceptar que nadie agradecerá la labor del directivo, ilusionar a los empleados sin engañarles y no olvidar que los profesionales se motivan por la capacidad de decidir sobre la organización del propio trabajo y la capacidad de comprometerse. "No hay nada peor que intentar convencer a la gente que la fiesta se ha acabado", recaló Benavent, quien asegura que uno de los cambios fundamentales derivados de la crisis no es solo que el presupuesto se haya recortado "sino que hay que cumplirlo".

En un sentido similar se pronuncia el director de Asesores de Negocio de Pricewaterhousecoopers en España, Ignacio Riesgo. Este analista considera que España tiene una sanidad "difícilmente sostenible" en exclusiva desde las finanzas públicas. "Las comunidades autónomas destinan entre un 30 y un 40 por ciento de sus presupuestos a la sanidad, que ha vivido al margen de sus asignaciones anuales una y otra vez y ha generado deuda". Riesgo explicó las claves del informe elaborado por su compañía "10 temas candentes para la sanidad española en 2011". Instó al Ministerio de Sanidad a dejar de vivir de espaldas al sistema "y asumir el papel de coordinación que tiene".

Por su parte, el jefe de Oncología Médica del hospital Virgen de las Nieves de Granada, José Expósito, apostó por una nueva estructura directiva en la que el peso se trasladó de la gerencia a la dirección asistencial. "Hay que forzar una mayor profesionalización de los directivos sanitarios. No puede ser que los directivos estudien y lean menos literatura científica sobre gestión que los médicos sobre clínica", matizó.

Por último, la directora de la Estrategia de Cuidados del Servicio Andaluz de Salud, Concepción Padilla, defiende la eficiencia para el conjunto del sistema sanitario que supone la ampliación de competencias para la enfermería. "La derivación de pacientes que llegan a urgencias pero deberían trasladarse a paliativos se mejora incorporando a la enfermería en el triaje (valoración inicial de los enfermos). La enfermería prescribe en su mayoría tiras reactivas y apósitos, reduciendo el gasto en estos conceptos, según los resultados preliminares que estamos obteniendo", concluyó.

EL SINDICATO SATSE TACHA DE "INJUSTA" LA MEDIDA

El Reina Sofía de Murcia suprime las subdirecciones de Enfermería

La decisión se debe a la política de ahorro y contención de costes de la Consejería

EP. Murcia

El gerente del Hospital Reina Sofía de Murcia, José María Cerezo, ha incluido en sus planes de gestión la supresión de las subdirecciones de Enfermería del centro, medida que ha sido muy criticada por los portavoces del sindicato de este colectivo Satse.

Los enfermeros sostienen que el gerente ha iniciado "una ofensiva en contra de la Enfermería en un intento de justificar su buena gestión, desconociendo que la división de Enfermería organiza el 80 por ciento de los recursos humanos, además de que ejerce un gran control en la gestión del gasto".

Consideran que se trata de una decisión "injusta, partidista y sin criterio dejar a la dirección de Enfermería sin subdirecciones", y han subrayado que "el gerente mantiene las tres subdirecciones médicas".

El sindicato Satse defiende que los profesionales de Enfermería al frente de sus direcciones y subdirecciones constituyen "piezas clave en el servicio, fundamentales en el sistema sanitario actual". Consideran, asimismo, que llegar a tal grado de importancia "no ha sido un logro casual ni arbitrario, ya que se ha ido gestando con el trabajo de muchos años y su progresiva

formación”.

Por último, denuncia estos hechos como una grave “agresión” al colectivo al aplicar una “tijera indiscriminada” cuya primera consecuencia será la de “sobrecargar de trabajo a unos directivos de Enfermería para quienes el horario siempre se les queda corto”.



De izq. a dcha. y de arriba abajo: Pablo Corral (IMQ); Josep Santacreu (DKV); Francisco Ivorra (Asisa); y Juan Hormaechea (SegurCaixa Adeslas).

SEGURCAIXA ADESLAS, ASISA, DKV Y EL IGUALATORIO RENOVARÁN SU CONVENIO

Muface sigue con las cuatro compañías de asistencia privada hasta 2013

La mutualidad acaba de aprobar su concierto con el Estado y ha aumentado su presupuesto

Javier Barbado. Madrid

La mutualidad de los funcionarios del Estado (Muface) contará con las cuatro compañías de asistencia sanitaria privada (que hasta ahora ofrecía a sus afiliados como alternativa al sistema sanitario público) en su nuevo concierto para los años 2012 y 2013, que fue aprobado en sesión del Consejo de Ministros a mediados de octubre y que incluye un presupuesto total de 1.976,5 millones de euros así como la posibilidad de prorrogarse por un periodo máximo de dos años (es decir, hasta 2015).

Según ha podido saber *Redacción Médica*, tanto SegurCaixa Adeslas como Asisa, DKV Seguros y el Igualatorio Médico Quirúrgico (IMQ) se mantienen firmes en la decisión de renovar su concierto con la mutualidad, para lo que tienen un plazo definido que caduca antes de fin de año. El modelo se considera en general atractivo por estas entidades, cuyos responsables saben que más del 80 por ciento de quienes lo usan escogen la asistencia sanitaria privada en lugar de acudir al Sistema Nacional de Salud.

Con todo, su continuidad ha sido objeto de especulaciones hasta que el Gobierno ratificó con la renovación del convenio lo que ya adelantó hace meses la secretaria de Estado para la Función Pública, Consuelo Rumí, es decir, la apuesta del Ejecutivo por esta fórmula de prestación sanitaria en colaboración con el sector privado.

Por esta razón, algunas de las compañías integradas en Muface han llegado a plantearse, a lo largo del año, su permanencia en el modelo, y, de hecho, el año pasado dos aseguradoras de renombre como Mapfre y Caser Seguros de Salud decidieron abandonarlo porque no les resultaba rentable.

En este sentido, tanto el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), principal órgano interlocutor de la sanidad privada en España desde hace poco más de un año, como la Federación Nacional de Clínicas Privadas (FNCP), han hecho pública su satisfacción por el aumento del 2 por ciento en el presupuesto estatal destinado a la mutualidad, pero también han recordado, en el caso de la segunda, que el presupuesto todavía resulta insuficiente y deberá incrementarse en mayor medida a medio y largo plazo.

Alberto de Rosa, profeta en su tierra y su modelo de gestión también



De Rosa.

Alberto de Rosa, director general del **Grupo Ribera Salud**, sigue sumando merecidos reconocimientos por su liderazgo empresarial. Ahora ha sido galardonado por la revista 'Dirigentes' como '**Dirigente del Año**', en reconocimiento a su trayectoria profesional al frente de la empresa que fue pionera en el desarrollo del modelo de **colaboración público-privada**. En su discurso de agradecimiento, Alberto de Rosa ha destacado el carácter valenciano, como "**tierra de emprendedores**", y ha pedido a la sociedad española que aproveche lo mejor que cada empresa puede ofrecer, tanto en el plano económico como social...

SEGÚN SÁENZ DE BURUAGA

La formación en gestión, clave para superar con garantías la crisis de la sanidad

La consejera participa en el Master y Experto Universitario en Dirección y Gestión de Servicios Sanitarios



María José Sáenz de Buruaga.

E.P. Santander

La vicepresidenta y consejera de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria, María José Sáenz de Buruaga, ha calificado de "clave" la formación en gestión para "superar con garantías" la crisis del sistema sanitario.

La consejera ha defendido "el carácter estratégico de la transparencia y la eficiencia en la gestión" y ha apostado porque los políticos lideren "con empuje" las prioridades ciudadanas, como la sanidad, y por contar con gestores "cada día más profesionalizados para dirigir el sistema".

"Si le añadimos la valentía necesaria para tomar decisiones y afrontar las reformas estructurales necesarias y la suma de muchos esfuerzos compartidos, superaremos la crisis en la que vive inmersa nuestra sanidad con plenas garantías", ha afirmado.

Así se ha manifestado la vicepresidenta durante la apertura del Master y Experto Universitario en Dirección y Gestión de Servicios Sanitarios, que organizada la Universidad de Cantabria con el apoyo de la Consejería.

Durante el acto, al que ha asistido el rector de la Universidad de Cantabria, Federico Gutiérrez-Solana, Sáenz de Buruaga ha considerado necesario apostar por programas formativos como el que se inaugura hoy, que contribuyen a reforzar el compromiso del Gobierno con "la sostenibilidad y suficiencia del sistema" y que propician un perfil de gestor sanitario "más profesional".

En su opinión, la gestión de la sanidad y los servicios sociales en el momento actual de crisis del sistema requiere "más que nunca" de directivos abiertos a la búsqueda de soluciones, con visión estratégica y capacidad de diálogo, capaces además de introducir y difundir la cultura de la evaluación económica y de gestionar con transparencia con el fin de "conciliar adecuadamente eficiencia y calidad asistencial".

La consejera de Sanidad y Servicios Sociales ha defendido también una mejor gestión de la política de recursos humanos, a la que ha definido como "la clave de la eficiencia y productividad del sistema y la mejor alianza para la viabilidad de las reformas pendientes".

OCIO Y ENTRETENIMIENTO

