

**INFORMACION DEL SMC**



*Recobremos el placer de ser médicos*



# Boletín Informativo SMC-CESM

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



**Unidos podemos**

## TABLON DE ANUNCIOS DEL SMC-CESM

SENTENCIA CONTRA LA CONSEJERÍA DE CANTABRIA

**La sustitución de médicos es obligatoria aunque haya crisis**

Un juzgado recuerda al Servicio Cántabro de Salud su deber de sustituir el cien por cien de las bajas de médicos, sin que la difícil coyuntura económica sirva de argumento para

---

**dejar de hacerlo. La Consejería de Sanidad asumió ese compromiso en un acuerdo firmado en 2007.**

El Juzgado de lo Contencioso-administrativo número 2 de Santander ha reconocido, por primera vez, la utilización fraudulenta que la Administración autonómica anterior hizo de la llamada autocobertura médica: la atención a los pacientes asignados a otros facultativos, en los casos de ausencia de estos últimos, por parte de sus compañeros de centro de salud. Según el juez, Sanidad incumplió un acuerdo firmado en 2007 para la sustitución al cien por cien de las vacaciones y otras contingencias, lo que no puede hacer ni siquiera alegando, como hizo la Consejería, "el marco económico actual y la necesidad de una gestión de personal eficiente".

El recurso, que fue presentado por un médico de atención primaria del Servicio Cántabro de Salud (SCS) que pedía que se le eximiera de la autocobertura ordenada por la Administración, se ha saldado con un duro reproche judicial a la práctica gubernamental de no realizar sustituciones. El juez José Ignacio López Cárcamo puso sobre la mesa el acuerdo que la Consejería de Sanidad y el Comité de Huelga del Sindicato Médico de Cantabria (SMC-CEMS) firmaron el 11 de septiembre de 2007 para poner fin a un paro que se prolongó durante casi nueve meses. En ese acuerdo se estableció, como criterio general, que el SCS sustituiría al cien por cien de los facultativos en periodo de vacaciones o ausentes por otras contingencias que pudieran surgirles, con motivo de permisos y licencias, y con la única excepción de que se encontrara agotada la lista de sustitutos.

- **La Consejería de Sanidad aludió en su defensa "al marco económico actual y a la necesidad de una gestión de personal eficiente"**

El fallo judicial destaca por la contundencia con la que el juez rechaza la alusión de la Administración sanitaria al "delicado marco económico actual, y a la necesidad derivada de una gestión de personal eficiente", que resulta especialmente significativo en la situación de crisis económica actual.

En este sentido, el magistrado López Cárcamo deja claro que la consideración "de buena administración no permite a la Consejería de Sanidad, en modo alguno, actuar en contra de sus propios compromisos formalizados en un acuerdo, salvo que exista una norma que se imponga al mismo y que la Administración no ha alegado". El juez no impone costas judiciales a Sanidad, y deja abierta la vía del recurso de apelación.

El fallo observa, además, que el real decreto 137/1984 sobre las funciones de los equipos de atención primaria recoge que el trabajo en equipo obliga a que "cada uno de sus miembros participe en el estudio, ejecución y evaluación de sus actividades comunes. Pero en su amplitud y ambigüedad es meridiano que dicho precepto no impone el sistema de autocobertura ni descarta el de sustitución, por lo que la Administración no puede ampararse en el mismo para incumplir el Acuerdo al que llegó con SMC-CEMS".

La sentencia, ganada por el Colegio de Médicos de Cantabria, recuerda a Sanidad que "no ha sido capaz de acreditar la concurrencia del agotamiento de la lista de sustitutos", que tampoco ha acreditado los casos en que ha intentado la sustitución, ni tampoco en qué situaciones no ha podido llevarla a cabo por falta de médicos sustitutos.

### **LA AUTOCOBERTURA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Según el Colegio de Médicos de Cantabria, Sanidad conseguía con la autocobertura "un enriquecimiento injusto a costa de los médicos de atención primaria, por cuanto se realiza a coste cero para la Administración, a pesar de suponer una mayor carga asistencial para el facultativo, que ya tiene asignado un cupo propio que ronda las 1.200 TIS, y por el que se le remunera. Sin embargo, se le obligaba al médico a atender en la misma jornada el cupo del compañero ausente, sin contraprestación económica alguna". Pero es que el citado Servicio colegial ha añadido que aun siendo grave la práctica de una autocobertura no retribuida, "todavía es más grave el detrimento de la calidad asistencial de los pacientes, derivado, precisamente, de tener que atender a un mayor número de usuarios que el médico debe asumir en la misma jornada laboral. Lo que debía de ser una regla excepcional se ha venido generalizando en toda la atención primaria de Cantabria.

## **NOTICIAS DE CANTABRIA**

**eldiariomontanes.es**

### **"Cualquier cambio en el tratamiento de un paciente puede llevarle a error"**

**La consigna de las farmacias en Cantabria es que el enfermo consuma la misma marca de medicamento a la que estaba acostumbrado**

Los médicos están obligados a prescribir a partir de ahora genéricos, según ordena el Real Decreto, algo que en Cantabria se hace desde 2003, según ha explicado la presidenta del

Colegio Oficial de Farmacéuticos de la región, Marta Fernández-Teijeiro, "para que el cambio se produjera de una forma gradual" en aras de no confundir a los pacientes y que, "no se liasen al seguir sus tratamientos; sobre todo cuando se trata de pacientes de avanzada edad para quienes un cambio mínimo, ya sea en la caja o en el color de las pastillas, puede llevarles a error en el tratamiento que siguen y a tomar -por ejemplo, dos veces la misma pastilla". La nueva ley permite a las farmacias dispensar genéricos o medicamentos de marca, "lo que ha hecho que los medicamentos con nombre hayan bajado sus precios para poder competir en el mercado", explica Fernández-Teijeiro. "Vendemos al cliente lo que ellos nos pidan, solo ha cambiado el que ahora hay más volumen dónde elegir. Pero hoy -como ayer- dispensaremos aquel medicamento que nos da confianza".

La consigna de las farmacias es que el paciente continúe con la misma marca que venía comprando. "Gracias al nuevo sistema informático instalado en las 265 farmacias que existen en Cantabria, podemos comprobar la medicación de un paciente y el criterio siempre es que continúe tomando la medicación que se le había prescrito. Repito, cualquier cambio puede alterar el tratamiento, por eso no es recomendable".

Una menor efectividad de los genéricos es un miedo que el Colegio ha detectado en los ciudadanos, sin embargo, la presidenta asegura que, "a día de hoy se puede asegurar que los genéricos son medicamentos exactamente iguales al de marca. La ley les exige los mismo controles. Tendría que cambiar la ley para que unos fueran de menor eficacia", garantizó la farmacéutica.

En cuanto a las deudas de la Administración, en el Colegio de Farmacéuticos se respira tranquilidad y se asegura que se les paga dentro del plazo. "Estamos tranquilos porque siempre recibimos el dinero en fecha y contamos con el compromiso de la Consejería, que nos asegura que seguirá siendo así. No hay que tener miedo a una posible deuda y, por consiguiente, a un desabastecimiento de medicinas porque la situación en Cantabria es de normalidad".

A los pacientes les costará acostumbrarse a llamar a las medicinas por el nombre de sus componentes y no por marcas comerciales registradas por las empresas farmacéuticas. El objetivo de la medida es ahorrar unos 2.000 millones de euros al año al Sistema Nacional de Salud. El genérico es más barato que el medicamento con 'nombre y apellido' y, además, pese a algunas creencias populares, sus principios activos, la manera de actuar sobre la enfermedad, son los mismos. Los genéricos tienen la misma composición y se administran por las mismas vías. Así, la popular aspirina será ahora recetada, simplemente, como ácido acetilsalicílico y tendrá el mismo formato, pastilla o soluble en su versión genérica.

Los médicos, en todo caso, podrán seguir optando por medicamentos de marca, bien porque estimen oportuno que curarán mejor al paciente que los genéricos o bien porque no exista un genérico alternativo, como ocurre con muchas de los medicamentos que actualmente necesitan visado para su dispensación en la farmacia.

Sin embargo, ocho de cada diez médicos consideran que la prescripción por principio activo puede dar lugar a cambios reiterados en los medicamentos, «lo que originaría confusión, pérdidas de adherencia o duplicidades, en especial en los enfermos crónicos, polimedicados y personas de edad avanzada». Por este motivo, más de la mitad de los profesionales (53%) opina que la nueva normativa «puede afectar al resultado del tratamiento de sus pacientes», según destaca la encuesta 'La percepción de la prestación farmacéutica y la prescripción de los medicamento en el Sistema Nacional de Salud', realizada por la Fundación de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas.

Para el presidente de este organismo, José Manuel Bajo-Arenas, en el último año «estamos siendo testigos de la introducción de cambios en el sistema sanitario con medidas como el catálogo de medicamentos, las políticas de prescripción por principio activo, la adjudicación por concurso público y la exclusión de ciertas denominaciones en la receta electrónica», que, a su

juicio «plantean al colectivo profesional dudas acerca de su equidad y de si están afectando o pueden llegar a afectar a la asistencia sanitaria y a los resultados en la salud de la población». Según la encuesta, el 78% de los profesionales no está de acuerdo con la adopción de programas de cambio masivo y automático de prescripción de marca a genérico o prescripción por principio activo. De este grupo, el 38,1% no considera aceptable que la administración sanitaria modifique la receta mientras que el 39,9% lo rechaza debido a sus posibles consecuencias negativas sobre el paciente. No sólo son los médicos sino también los pacientes los que perciben diferencias en la efectividad de algunos medicamentos, aunque contengan el mismo principio activo, dosis y vía de administración. El 75,9% de los profesionales encuestados reconoce que sus pacientes notan el cambio.

El sondeo revela que los facultativos se guían por criterios clínicos a la hora de prescribir. El 86,8% subraya que prescribe marca, genérico o principio activo en función de las características clínicas de cada paciente y de su problema de salud.

### La industria

Para Farmaindustria, con la prescripción de genéricos, el Sistema Nacional de Salud conseguirá importantes ahorros. Según la patronal que agrupa a los laboratorios farmacéuticos, la medida redundará en beneficio de la sanidad pública, ya que los medicamentos, para poder ser dispensados, habrán tenido que ajustar sus precios.

La organización espera que con la nueva normativa, en la que prima que se dispense siempre el medicamento de menor precio, las administraciones públicas «faciliten los mecanismos» para que los médicos puedan prescribir por marca con la certeza de que queda así garantizada la dispensación más eficiente».

En cuanto a los beneficios para el paciente, la patronal aduce que confiere a los pacientes la posibilidad de seguir su tratamiento con sus medicamentos de marca habituales, lo que «permitirá evitar confusiones derivadas de los inevitables cambios de envases, formas y colores que supone la prescripción por principio activo», cosa que a la larga supone «una mayor adherencia y mejor cumplimiento terapéutico».

Farmaindustria destaca que los medicamentos de marca constituyen «una parte inequívoca del progreso» por la innovación terapéutica que entraña, y confía en que las administraciones sean sensibles a estas circunstancias.

**EL MUNDO**

## Farmacias con retrasos de 24 ME

**La FEFE advierte de que las oficinas cántabras podrían acumular este volumen de deuda a final de año, pero el Colegio desmiente demoras en la actualidad y en el futuro Santander**

Farmacias en la cuerda floja a cuenta de la crisis. Ayer, la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE) lanzó una estimación de deuda vertiginosa: a finales de año, los retrasos en el pago a las farmacias de Cantabria podrían traducirse en una deuda de 24 millones. En el conjunto del país, la FEFE estima que los impagos superarán los 2.262 millones y afectarán 11.323 farmacias, esto es, a casi la mitad de las que existen en España. En cualquier caso, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cantabria salió a la palestra para matizar el dato: las oficinas de la región «no está sufriendo ningún retraso en el pago de la factura de medicamentos» por el momento y, además, no tiene «ninguna noticia de que se vaya a producir ningún retraso».

En un escueto comunicado, el organismo que preside Marta López Teijeiro dijo desconocer «el origen de las declaraciones», y puntualizó que el número de farmacias que hay en Cantabria asciende a 265 ya que, en su informe, la FEFE contabiliza 255 establecimientos. En cualquier caso, la estimación causó revuelo. La deuda y los retrasos regionales se incluyen entre las advertencias que la FEFE hace en el Observatorio del Medicamento de este mes, en el que asegura que estos impagos se están produciendo en nueve comunidades, entre ellas Cantabria, donde estima que pueden producirse retrasos de un mes ya que «el descenso de ingresos hace augurar problemas aunque todavía no se han producido». Según FEFE, los retrasos son «superiores a cuatro meses» en Castilla-La Mancha, Baleares y Valencia. Y se registran «retrasos de entre uno y tres meses» en Cataluña, Andalucía, Canarias, Cantabria y La Rioja. Además, en Murcia se ha comenzado a pagar a las farmacias, tras un aplazamiento de cinco meses, financiado por créditos de los farmacéuticos. «La única salida a esta gravísima situación, que puede abocar al desabastecimiento y a la quiebra de la prestación, además de afectar a la viabilidad individual de las farmacias y demás agentes del sector, es que se produzca el aval del Estado –solicitado por FEFE– que se perfila como la mejor, y quizá la única solución, en esta crisis». Además, la FEFE destaca que la tendencia al descenso en el gasto y en el precio medio de las recetas «continúa profundizándose» este mes, mientras que el número de recetas «se mantiene estable». En septiembre se produjeron descensos en todas las autonomías. Entre las comunidades con menores descensos está Asturias (-0,18%) y Cantabria (-1,88%).

## Más informática para agilizar baremos y listas

### Sanidad y sindicatos debaten hoy el borrador para el Acuerdo de Contratación

M. M. / Santander

Hoy se debatirá el borrador que la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales ha planteado para abordar el Acuerdo de Contratación de personal estatutario temporal, una de las necesidades más inmediatas planteadas por las organizaciones sindicales al nuevo equipo *popular* que dirige María José Sáenz de Buruaga. El documento es, en parte, continuista, y en parte, algo *rompedor*. A la mesa de la reunión, que se celebra a partir de las 12.30 horas, se sentarán la administración y los sindicatos, entre ellos UGT, con varias ideas en mente.

Una de las cuestiones que aplaude el responsable de UGT, José Manuel Castillo, es que Cantabria se suba finalmente al carro de la modernidad informática en este proceso de contratación. Porque, y en consonancia con lo debatido con la anterior Consejería, la actual quiere agilizar el proceso, al que se suman una media de entre 20.000 y 25.000 solicitudes, gracias al soporte informático, que aceleraría la labor administrativa que ya se hace. De este modo, las ba-

remaciones o la apertura de listas, entre otros, se agilizarían. Además, el sistema ya está «establecido en muchas comunidades», destaca Castillo que contrasta su eficacia.

Por otro lado, UGT destaca como novedoso los «15 puntos» que Sanidad quiere aplicar como baremo y mérito a quienes hayan superado las pruebas de la OPE 2007 (única Oferta Pública de Empleo celebrada por la administración).

### A UGT, las unidades clínicas le huelen a «privatización de la gestión»

«Nos parece bien primar el esfuerzo», aseguró ayer Castillo. Pero donde estarán alerta, dice, es en ese atisbo de implantación de las unidades clínicas de gestión: unidades, bien en hospitales o bien en Primaria, que quedarían al margen del acuerdo anterior y que tendría autonomía y línea directa con la Gerencia del SCS para marcar objetivos, contrataciones, planes de acción...

Atendiendo a lo hecho en otras regiones, a UGT esto le huele a «privatización de la gestión», confesó ayer Castillo, dado que, entre otros, se cae el modelo «jerarquizado» que impera en la administración y la hoja de ruta va por libre.

## NOTICIAS C E S M

### **CANTABRIA. “La sustitución de médicos es obligatoria aunque haya crisis”, dice una sentencia a la Consejería de Sanidad**

El Juzgado de lo Contencioso-administrativo número 2 de Santander ha reconocido, por primera vez, la utilización fraudulenta que la Administración autonómica anterior hizo de la llamada autocobertura médica: la atención a los pacientes asignados a otros facultativos, en los casos de ausencia de estos últimos, por parte de sus compañeros de centro de salud. Según el juez, Sanidad incumplió un acuerdo firmado en 2007 para la sustitución al cien por cien de las vacaciones y otras contingencias, lo que no puede hacer ni siquiera alegando, como hizo la Consejería, "el marco económico actual y la necesidad de una gestión de personal eficiente". El recurso, que fue presentado por un médico de atención primaria del Servicio Cántabro de Salud (SCS) que pedía que se le eximiera de la autocobertura ordenada por la Administración, se ha saldado con un duro reproche judicial a la práctica gubernamental de no realizar sustituciones.

Según explica DIARIO MÉDICO, el juez José Ignacio López Cárcamo puso sobre la mesa el acuerdo que la Consejería de Sanidad y el Comité de Huelga del Sindicato Médico de Cantabria (**SMC-CEMS**) firmaron el 11 de septiembre de 2007 para poner fin a un paro que se prolongó durante casi nueve meses. En ese acuerdo se estableció, como criterio general, que el SCS sustituiría al cien por cien de los facultativos en periodo de vacaciones o ausentes por otras contingencias que pudieran surgirles, con motivo de permisos y licencias, y con la única excepción de que se encontrara agotada la lista de sustitutos.

Fuentes: DIARIO MÉDICO, 02-11-2011

<http://www.diariomedico.com/2011/11/02/area-profesional/normativa/sustitucion-medicos-es-obligatoria-haya-crisis>

### **CONFEDERACIÓN. Las centrales cifran el éxito de la mesa en un pleno autonómico**

Una vez conocida la fecha definitiva de la primera reunión de trabajo de la mesa estatal de Sanidad, que será el próximo 10 de noviembre (ver [Boletín Informativo de CESM del 31 de octubre](#)), el interrogante que más inquieta a los sindicatos que integran ese órgano de negociación (CCOO, UGT, **Cemsatse**, CSIF y CIG-Salud) es cuántas autonomías acudirán a la cita. Las centrales consultadas por DIARIO MÉDICO coinciden en que la participación íntegra de las regiones en la primera reunión de trabajo de la mesa estatal, es clave para que el órgano tenga credibilidad.

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

---

Según **Patricio Martínez**, secretario general de CESM, "lo que no pueden hacer las autonomías es ampararse en presuntas reticencias sobre el funcionamiento y la capacidad de decisión de la mesa, porque los sindicatos hemos cedido bastante con respecto al primer borrador de reglamento que presentamos –ver [Boletín de CESM del pasado 21 de octubre](#)-. Me parece que en el definitivo queda muy claro que no se pretende invadir competencia autonómica alguna". (...)

**Fuentes:** DIARIO MÉDICO, 03-11-2011

<http://www.diariomedico.com/2011/11/03/area-profesional/profesion/las-centrales-cifran-el-exito-de-la-mesa-en-un-pleno-autonomico>

## CONFEDERACIÓN. Hoy, presentación del estudio de Demografía Médica pro el Foro de la Profesión Médica

El portavoz del Foro de la Profesión Médica y secretario general de CESM, Patricio Martínez es valorado "al alza" por "El Termómetro" de REDACCIÓN MÉDICA, con motivo de la presentación que hoy llevarán a cabo los integrantes del dicho Foro, del documento "Mediscopia: variables y tendencias. Estudio de Demografía Médica 2011, Apuntes para la eficiencia del sistema sanitario", que aporta la realidad, con cifras y datos, de los médicos en España. Se trata de un amplio informe estadístico con información, tanto a nivel nacional como desglosada por comunidades autónomas. En la presentación también estará presente José Luis Lancho de León, economista del Estado y coordinador del Estudio.

**Fuentes:** REDACCIÓN MÉDICA, 03-11-2011

## VARIAS CC.AA. El IDIS respalda el manifiesto del Foro de la Profesión Médica frente a los recortes sanitarios

Tras conocer el [Manifiesto del Foro de la Profesión Médica](#) ante los recortes sanitarios, el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS) y las empresas miembro de su Patronato han manifestado a través de un comunicado que consideran oportuno y apoyan tanto el análisis y las quejas que realiza el **Foro de la Profesión Médica** ante los recortes sanitarios, como las medidas que se proponen, en especial las que hacen referencia a los acuerdos globales para alcanzar la sostenibilidad del sistema y las de la despolitización de la sanidad, aunque estima imprescindible la participación de la sanidad privada como parte de una solución necesaria.

El IDIS estima que son imprescindibles, propuestas concretas que incidan en la necesaria complementariedad e integración en torno al paciente de ambos sistemas, público y privado, que evite la utilización ineficiente de los recursos bien sea por duplicidades en el uso o consumo o bien como consecuencia de carencias de estrategias conjuntas y sinérgicas, de actuación.

**Fuentes:** Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS), 02-11-2011

<http://www.fundacionidis.com/wp-content/uploads/2011/11/NP.-Manifiesto-FORO-PROFESION-MEDICA.pdf>

**Se hacen eco de esta información:** EL MÉDICO INTERACTIVO, 03-11-2011; REDACCIÓN MÉDICA, 03-11-2011; ACTA SANITARIA, 03-11-2011; MÉDICOS Y PACIENTES, 03-11-2011

[http://www.elmedicointeractivo.com/noticias/sanidad\\_privada\\_mutualidades\\_y\\_empresas/106854/el-idis-respalda-el-manifiesto-del-foro-de-la-profesion-medica-frente-a-los-recortes-sanitarios](http://www.elmedicointeractivo.com/noticias/sanidad_privada_mutualidades_y_empresas/106854/el-idis-respalda-el-manifiesto-del-foro-de-la-profesion-medica-frente-a-los-recortes-sanitarios)

[http://www.redaccionmedica.com/noticia.php?not\\_id=19742&TB\\_iframe=false&height=600&width=710](http://www.redaccionmedica.com/noticia.php?not_id=19742&TB_iframe=false&height=600&width=710)

<http://www.actasanitaria.com/noticias/actualidad/articulo-el-idis-respalda-la-opinion-del-foro-de-la-profesion-medica-ante-los-recortes-sanitarios.html>

[http://www.medicosypacientes.com/noticias/2011/11/11\\_11\\_03\\_idis](http://www.medicosypacientes.com/noticias/2011/11/11_11_03_idis)  
<http://www.redaccionmedica.com/edicion/03-11-2011>

## **VARIAS CC.AA. Debate sobre sostenibilidad del SNS: El PSOE quiere acabar con la deuda a los proveedores y el PP cambiar el modelo de financiación**

El exsecretario general de Sanidad y cabeza de la lista del PSOE al Congreso por Granada, José Martínez Olmos, y el diputado y número 18 de la lista del Partido Popular por Madrid, Mario Mingo, proponen distintas formas de afrontar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Desde el PSOE se apuesta por acabar con la deuda contraída con los proveedores en cuatro años, destinando 3.000 millones anuales a tal fin. El PP quiere modificar el modelo de financiación autonómica y aumentar el porcentaje del PIB destinado a sanidad.

Así lo han explicado en un debate sobre sanidad organizado por la Asociación Nacional de Informadores de Sanidad (ANIS) –del que informan entre otros medios REDACCIÓN MÉDICA y EL MÉDICO INTERACTIVO–, donde Martínez Olmos ha defendido que los recursos y ahorros sanitarios sean finalistas, algo que el PP no apoya y sí apuesta por fijar un mínimo en la financiación que reciben las comunidades para sanidad.

**Fuentes:** REDACCIÓN MÉDICA, 03-11-2011; EL MÉDICO INTERACTIVO, 03-11-2011

<http://www.redaccionmedica.com/edicion/03-11-2011>

<http://www.elmedicointeractivo.com/noticias/nacional/106856/martinez-olmos-propone-tomar-medidas-concretas-ante-la-deuda-mientras-mingo-insiste-en-que-el-problema-se-soluciona-haciendo-crecer-la-economia>

---

## VARIAS CC.AA. Más del 33% de la plantilla de hematólogos del SNS se jubilará en los próximos 5 años

Carmen Burgaleta, jefa del Servicio de Hematología del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, de Alcalá de Henares (Madrid), y catedrática de Medicina en la Universidad de Alcalá, ya es oficialmente presidenta de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH), convirtiéndose en la primera mujer que ostenta este cargo. Con motivo de este nombramiento, y en el contexto de la LIII Reunión Nacional de la SEHH y el XXVII Congreso Nacional de la SETH celebrado en Zaragoza, la hasta ahora coordinadora del Grupo Interterritorial de la SEHH ha presentado el "Libro Blanco de la Hematología y Hemoterapia en España". Una obra que "nace con el propósito de dar a conocer a la Administración y a la sociedad en general las características y dimensión que reúne la especialidad en los planos asistencial, docente e investigador, y analizar la situación actual". Entre los datos extraídos de este Libro Blanco cabe destacar que, un total de 1.456 profesionales hematólogos desarrollan su actividad en los 220 hospitales públicos; y aproximadamente un 30% de ellos son interinos o tienen contratos eventuales.

Para la presidenta de la SEHH, ni la atomización de los Servicios de Hematología, ni su externalización y privatización, deben plantearse como soluciones ante la actual crisis económica que estamos viviendo, sino que "hay que seguir prestando todo el apoyo a los proyectos de los grupos de trabajo, así como mantener las principales líneas de acción de la Sociedad".

Fuentes: Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH), 03-11-2011

<http://www.sehhseth.com/>

## El SUMMA 112, premio a la Innovación Tecnológica por incorporar el Tablet PC

El Congreso de Nuevas Tecnologías y Servicios al Ciudadano ha premiado la labor del SUMMA 112 por incluir nuevas tecnologías en los vehículos asistenciales, tales como el Tablet PC con conexión GPRS al centro coordinador del servicio, situado en la calle Antracita. El SUMMA 112 fue pionero en la implantación del Tablet PC en 2008. El *tablet* permite enviar *on line* historias clínicas desde el lugar en el que los profesionales atienden al paciente así como recibir información sobre los mismos desde el centro de coordinación.

## VARIAS CC.AA. La Sanidad en la campaña electoral del 20N

La prensa médica destaca en sus titulares las propuestas que, en materia sanitaria, están haciendo públicas los partidos políticos en el marco de la campaña electoral del 20N.

El pasado fin de semana, el Partido Popular (PP) bajo el titular "[Lo que España necesita](#)", publicó el texto íntegro con el que Mariano Rajoy y su equipo concurren a los comicios. Según REDACCIÓN MÉDICA, el programa destaca la intención de impulsar la libre elección, no sólo en

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

---

el ámbito de la Sanidad, como ya ha hecho en la Comunidad de Madrid, sino también en Dependencia. (...) Además, apuesta, entre otros puntos, por la actualización “de las pruebas del MIR teniendo en cuenta los conocimientos teóricos y prácticos, y las habilidades clínicas”. También por fomentar la medicina personalizada, intensificando “todas aquellas iniciativas que fomenten la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el control de la cronicidad”. Por último señala que tiene previsto un proceso de introducción de nuevas tecnologías y fármacos al sistema “que garantice con rigor que todas las nuevas prestaciones que se incorporen al sistema han superado estándares de coste-efectividad similares a los que se aplican en otros países europeos”. También EL MÉDICO INTERACTIVO recoge este documento, del que se desprende que “El PP pretende una Sanidad pública, universal y gratuita”, con información interoperable y una cartera de servicios básicos y común para todo el SNS’.

De Unión Progreso y Democracia (UPyD), la propuesta más conocida en materia sanitaria es la devolución de las competencias de Sanidad al Estado “con el fin de reinstaurar un sistema común para todo el territorio”, pero –según destaca REDACCIÓN MÉDICA- su programa electoral va más allá. Entre sus sugerencias está la creación de una ‘Comisión Nacional de Supervisión del SNS’, constituida por un reducido número de personas independientes que realicen un análisis de la situación y propongan un Plan de Reforma. Además, desde el partido que lidera Rosa Díez se apuesta también por firmar un pacto con el fin de alejar la sanidad “de la disputa política y permita una reforma profunda del sistema con el objetivo de recuperar la cohesión y equidad del SNS, mejorar la situación financiera y establecer una política de transparencia en la gestión”.

**Fuentes:** REDACCIÓN MÉDICA, 02-11-2011; EL MÉDICO INTERACTIVO, 02-11-2011

<http://www.redaccionmedica.com/edicion/02-11-2011>

<http://www.elmedicointeractivo.com/noticias/nacional/106797/el-pp-pretende-una-sanidad-publica-universal-y-gratuita-con-informacion-interoperable-y-una-cartera-de-servicios-basicos-y-comun-para-todo-el-sns>

---

## **VARIAS CC.AA. Íñigo Noriega renueva su cargo como presidente del CEEM**

Tras la realización de las LXV y LXVI Jornadas Estatales de Estudiantes de Medicina, celebradas en la Universidad de Salamanca, la Comisión Ejecutiva electa del CEEM ha hecho una valoración positiva de sus resultados. Asimismo, ha informado de que su actual presidente, Íñigo Noriega, continúa al frente del CEEM, junto a Noriega conforman dicha Comisión: Ainhoa Jiménez como vicepresidenta de Asuntos Internos, Federico Pérez como vicepresidente de Asuntos Externos, y Pau Serra como tesorero. Como nueva incorporación figura Blanca Ibarra, a partir de ahora secretaria general.

Asimismo, el CEEM ha aprobado la Estrategia Corporativa 2011-2013, que persigue, entre otros objetivos, un mayor crecimiento del Consejo y una mayor representatividad externa

**Fuentes:** REDACCIÓN MÉDICA, 02-11-2011; MÉDICOS Y PACIENTES, 02-11-2011

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

[http://www.redaccionmedica.com/noticia.php?not\\_id=19686&TB\\_iframe=false&height=600&width=710](http://www.redaccionmedica.com/noticia.php?not_id=19686&TB_iframe=false&height=600&width=710)

[http://www.medicosypacientes.com/colegios/2011/11/11\\_11\\_02\\_ceem](http://www.medicosypacientes.com/colegios/2011/11/11_11_02_ceem)

## **VARIAS CC.AA. La deuda sanitaria, un lastre que viene de lejos**

Las autonomías deben a los principales proveedores sanitarios laboratorios y distribuidores de tecnología y material hospitalario unos 10.000 millones de euros. Esta deuda, a la que habría que sumar el déficit endémico causado por la infrafinanciación del sistema, de más de 2.000 millones anuales, ha cobrado relevancia recientemente por la crisis, pero se originó en tiempos de vacas gordas. Según explican diversos expertos al diario PÚBLICO, entonces, autonomías y proveedores pactaron retrasar el pago de facturas a cambio de intereses. Por eso, la deuda se arrastra y va en aumento, engordando el problema de la sostenibilidad de la sanidad pública, que contando deuda y déficit se enfrenta a unos números rojos totales de unos 15.000 millones, aunque no existe una cifra exacta. "Me pagas más tarde y a cambio yo te pongo un precio superior al competitivo, que incluye un coste discrecional de demora", resume el catedrático de Economía de la Universitat Pompeu Fabra Guillem López Casasnovas. (...)

**Fuentes:** PÚBLICO, 02-11-2011 (pág. 27 y 27 de la edición impresa)

<http://www.publico.es/espana/404571/la-deuda-sanitaria-un-lastre-que-viene-de-lejos>

## **CANARIAS. Los médicos inician movilizaciones contra los recortes salariales porque consideran que no benefician a los pacientes**

Los médicos canarios inician mañana, jueves, una serie de movilizaciones para protestar por el aumento de horas de trabajo que están dispuestos a asumir siempre y cuando se utilicen en beneficio de los pacientes. Las movilizaciones se iniciarán mañana, día 3, con concentraciones de 15 minutos a las 11:30 horas, a las puertas de los centros de salud y hospitales. Estas concentraciones se repetirán el día 10 y finalizarán con un paro de veinticuatro horas para el día 17 de noviembre. (...)

El Colegio de Médicos de Tenerife apoya las movilizaciones convocadas por los sindicatos e invita a los pacientes que estén en consulta mañana, jueves, a la hora de las concentraciones, 11:30 horas, a que participen en las mismas para rechazar cualquier medida que no vaya en beneficio de la mejora de la calidad asistencial.

**Fuentes:** MÉDICOS Y PACIENTES, 02-11-2011

[http://www.medicosypacientes.com/colegios/2011/11/11\\_11\\_02\\_tenerife](http://www.medicosypacientes.com/colegios/2011/11/11_11_02_tenerife)

# NOTICIAS GENERALES



## M<sup>a</sup> José Sáenz de Buruaga defiende la formación en gestión como clave en época de crisis

En el marco de la inauguración del posgrado en Dirección y Gestión de Servicios Sanitarios de la Universidad de Cantabria, la vicepresidenta y consejera de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria, M<sup>a</sup> José Sáenz de Buruaga, calificó como fundamental la formación en gestión para superar con garantías la crisis en el sistema sanitario y apostó porque los políticos lideren, "con empuje", las prioridades ciudadanas como la Sanidad.

## Comentarios a la visita de Ana Pastor (PP) a los centros de Glaxo (GSK)

La visita de Ana Pastor (PP) a las instalaciones de Glaxo, GSK, en España, no ha pasado inadvertida para algunos analistas, especialmente porque se trata del único de los grandes laboratorios innovadores presentes en España que no está en Farmaindustria, la empresarial que los agrupa. A este hecho se suma, para otros observadores, el que la responsable de política sanitaria del PP estuviera acompañada en todo momento por uno de los principales críticos de la actuación de Humberto Arnés al frente de la gran patronal farmacéutica en nuestro país.

**DIARIO MEDICO**COM

RESOLUCIÓN DE AYUDAS 2011

## Ciencias de la vida se lleva un 23% del presupuesto para investigación básica

El Ministerio de Ciencia e Innovación ha resuelto su convocatoria de proyectos de investigación fundamental no orientada 2011, que promueven los estudios básicos en diversas áreas temáticas. En total se financiarán 3.350 proyectos que supondrán una inversión de 384,7 millones de euros.

Redacción | 03/11/2011

El Ministerio de Ciencia e Innovación ha resuelto su convocatoria de proyectos de investigación fundamental no orientada 2011, que promueven los estudios básicos en diversas áreas

---

temáticas. En total se financiarán 3.350 proyectos que supondrán una inversión de 384,7 millones de euros, lo que se traduce en un incremento de 14,2 millones de euros (3,83 por ciento) respecto a la cantidad total concedida en 2010. La financiación media por proyecto en 2011 es de 114.835 euros, ligeramente superior a 2010, cuando ascendió a 109.680 euros. Por áreas temáticas, a Ciencias de la Vida le corresponde un 23 por ciento de los proyectos financiados y un importe concedido de 136,3 millones de euros. Hay otras tres áreas: Ciencias Exactas e Ingeniería, Ciencias Medioambientales y Recursos Naturales y Humanidades y Ciencias Sociales.

Por autonomías, Madrid es la que más proyectos financiados acoge (810) y de importe recibe (106,5 millones de euros), seguida de Cataluña (764 proyectos y 91,6 millones de euros) y Andalucía (470 proyectos y 48 millones de euros). El objetivo es mejorar la internacionalización de la ciencia y romper la tendencia a la fragmentación de los grupos de investigación.

### **ECONOMÍAS DE ESCALA, DE ALCANCE Y DE RED**

## **España necesita una agencia independiente similar a NICE**

**Para la sostenibilidad del sistema sanitario español sería necesario crear una agencia independiente y con capacidad reguladora similar al NICE británico, según Beatriz González López-Valcárcel, catedrática de Economía de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.**

Ester Crespo. Maspalomas | 03/11/2011

La Hispa-NICE, una agencia reguladora independiente que contara con la participación de las autonomías, sería una de las soluciones para mantener la sostenibilidad del sistema sanitario, explica Beatriz González López-Valcárcel, catedrática de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

En España existen pocos ejemplos similares al NICE, pero uno de ellos es la agencia catalana, que ha creado un sistema para priorizar las listas de espera. "Con el método delphi, eligen los criterios más importantes que deben ser los prioritarios en la lista de espera. En concreto, el más elegido fue el impacto en la calidad de la salud", apunta González López-Valcárcel.

- **Hay que desinvertir sin afectar a la salud del sistema, haciendo el menor daño posible a la salud de la población**

---

### **Falta de organización**

Como economista, da el consejo de que hay que aprovechar economías de escala, de alcance (algo que sí realizan los internistas) y de red. "Aunque esto lo aprovechamos poco en España, existe un ejemplo en el País Vasco, donde han elaborado un informe para el tratamiento de los crónicos en el que se refleja que en numerosas ocasiones se da asistencia en un nivel muy alto", afirma González López-Valcárcel, que es de la opinión de que éste es el problema de España, por falta de organización e infraestructura. En medio de este panorama de burbuja sanitaria y de "síndrome de insuficiencia presupuestaria crónica", existen numerosos riesgos para la sanidad, entre los que se encuentra la tentación de los gerentes de recortar indiscriminadamente y no incorporar ninguna prestación nueva. "Hay que desinvertir sin afectar a la salud del sistema, haciendo el menor daño posible a la salud de la población. Por ejemplo, reduciendo los tratamientos de bajo valor clínico como el de la cirugía de las cataratas inmaduras".

Asimismo, otro riesgo es la imposición de copagos. Desde el punto de vista técnico, apunta González López-Valcárcel, los copagos deben ser disuasorios, no recaudatorios, aunque lo mejor es rediseñar el copago farmacéutico. Costes hacia PPP. También el pronóstico encamina a que se van a diferir costes hacia una colaboración público-privada (PPP, por sus siglas en inglés), con lo que se consigue que ese gasto no se compute como déficit público a corto plazo. "Se ha convertido en atractivo para los políticos, aunque este tipo de experimentos no está evaluado, no hay información transparente que sea capaz de comparar el nivel de salud de estas empresas". La economista apuesta por la creación de nuevas formas de colaboración basadas en la evaluación, y añade que el objetivo del sistema es la salud, no ahorrar, ni recaudar ni redistribuir rentas.

---

### **LA BURBUJA SANITARIA**

La crisis económica alcanzó a la sanidad en 2010. De esta forma "se convirtió en preocupación política porque puede desestabilizar. El 40 por ciento del gasto de las comunidades autónomas es sanitario", afirma la especialista en economía. Según González López-Valcárcel, se ha hablado mucho de la burbuja inmobiliaria y no de la sanitaria. Y entre 2002 y 2009 el gasto sanitario público se multiplicó por dos y el gasto per cápita real aumentó un 33 por ciento. Además, el número de empleados por cama creció un 24 por ciento. Entre 2000 y 2008, el crecimiento del gasto sanitario en España fue mayor que el incremento del PIB. Por ello, la experta se plantea si se podrá mantener el sistema sanitario a medio plazo con las tensiones alcistas del gasto.

---

## DESCRIBE SEIS INDICADORES DE EFICIENCIA Y CALIDAD

# La agencia catalana define cómo valorar el buen uso de los quirófanos

**La Agencia de Evaluación de Cataluña acaba de definir cómo evaluar si se está sacando el máximo rendimiento de esa área fundamental del hospital.**

C.F. Barcelona | 03/11/2011

La Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud de Cataluña ha propuesto un modelo teórico para medir la eficiencia en la utilización de bloques quirúrgicos, que incluye la disponibilidad de instrumentos de práctica clínica y gestión, habilidades profesionales y coordinación de quirófanos, la utilización, el rendimiento y la productividad, así como la satisfacción de los profesionales y otros resultados de la calidad de la atención.

"Su relevancia, factibilidad y validez, además de por la amplia participación de expertos en su consenso, se reafirma porque son aplicados en la práctica y gestión clínica hospitalaria de forma rutinaria, para la planificación de agendas y asignación de recursos", según concluye el estudio, una iniciativa solicitada por el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña y realizada en el marco de colaboración del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS) del Ministerio de Sanidad, el Instituto de Salud Carlos III y el Ministerio de Ciencia e Innovación.

Los indicadores definidos (ver apoyo) por la agencia catalana permitirán describir la eficiencia en la utilización de los bloques quirúrgicos, profundizar en factores relacionados con un mejor o peor rendimiento y detectar aspectos de mejora continua de los hospitales públicos en el contexto nacional.

Para realizar esa propuesta se realizó una revisión de la literatura con una delimitación temporal de los diez últimos años, consultando las principales bases de datos bibliográficas en el ámbito de la salud e instituciones dedicadas a la evaluación de servicios sanitarios. Se revisaron también iniciativas no publicadas a partir de la consulta a expertos clave. Se propuso un modelo conceptual y se agruparon los indicadores identificados en la literatura de acuerdo con el enfoque de evaluación (estructura, proceso y resultado) y dimensiones que destacaban en el análisis de contenido de los documentos. Luego se realizó una priorización de un grupo reducido de indicadores para su posterior discusión y consenso por expertos (dos reuniones presenciales con un grupo interno asesor de 25 expertos procedentes de diferentes instituciones, zonas y de anestesiología y reanimación, cirugía, enfermería, gestión clínica-sanitaria, investigación en

---

servicios sanitarios y sistemas de información). A partir de los resultados del consenso presencial se elaboraron fichas más completas de los indicadores para su acuerdo final. En esta fase se solicitó a los entendidos que contestaran a un cuestionario para valorar la importancia y factibilidad y el grado de acuerdo con cada indicador y variable, proceso del que salió la lista definitiva.

### **Gran volumen de gasto**

Para poder valorar la trascendencia de esta propuesta de indicadores de eficiencia en el uso de los bloques quirúrgicos hay que tener en cuenta que esta actividad genera un importante consumo de recursos (humanos, técnicos y económicos) y es un factor fundamental de las listas de espera; y que el proceso quirúrgico incluye un circuito asistencial complejo e implica la coordinación entre diferentes profesionales y el ajuste del tiempo agendado (teórico) y real para un mejor uso de los recursos.

### **DATOS QUE TENER EN CUENTA**

---

Los indicadores consensuados por la agencia de Información, evaluación y Calidad en salud de Cataluña son los siguientes:

1. Tiempo medio de uso de quirófanos (sumatorio de tiempos entre la entrada y la salida de quirófano de cada paciente en cirugía programada).
2. Tiempo de rotación media entre pacientes (sumatorio de tiempos reales entre la salida de un paciente hasta la entrada del siguiente).
3. Tiempo agendado medio por quirófanos (horas agendadas teóricas para cada quirófano).
4. Número de intervenciones realizadas.
5. Índice de ocupación bruto de bloques quirúrgicos.
6. Índice de ocupación neto de bloques quirúrgicos.

Y las variables de estratificación o ajuste identificadas: tipo de quirófano, nivel de complejidad del centro, existencia de un coordinador de bloque quirúrgico, existencia de quirófanos para urgencias, complejidad de la intervención y presencia de actividad quirúrgica incentivada.

### **DESPUÉS DE LAS ELECCIONES**

## **Pase del testigo sanitario al próximo gobierno**

El gobierno que salga de las urnas el 20 de noviembre deberá coger el testigo sanitario y abordar las reformas que se empezaron hace años y que continúan en mantillas. Para la profesión médica el desarrollo de la LOPS y su artículo 19, que sentará las bases de la troncalidad y del nuevo mapa de especialidades, deberá ser lo primero que acometan los

---

**próximos responsables gubernamentales. Le siguen las reiteradas peticiones del Foro de la Profesión y las de primaria, así como la actualización de la norma que rige las relaciones entre los hospitales y la facultades de Medicina.**

Alicia Serrano | 03/11/2011

En España la Sanidad está revuelta y no hay nada peor para un sistema sanitario que sus profesionales se sientan maltratados y estén desmotivados en el desempeño de su trabajo. Ante este panorama, el gobierno que salga de las urnas el próximo 20 de noviembre no sólo deberá coger el testigo sanitario y lidiar con un sistema fragmentado en 17 sistemas heterogéneos y nada equitativos, también abordar las reformas que se empezaron hace años y que continúan inconclusas, como el desarrollo de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) y la troncalidad, el futuro máster de Medicina, la actualización del funcionamiento de los hospitales universitarios o atender las reiteradas reivindicaciones que atención primaria condensó en su I Conferencia Nacional, que se saldó con escasos compromisos oficiales (ver DM del 14-X-2011).

- **Alfonso Moreno: La norma lleva ocho años en vigor y sigue en mantillas... Es prioritario que los nuevos responsables de Sanidad desarrollen la troncalidad**

### **Desarrollo vital**

El retraso del nuevo modelo de posgrado es uno de los principales quebraderos de cabeza de los profesionales de la salud, que esperan que el cambio de gobierno no afecte al avance de la LOPS y su artículo 19, que sentará las bases de la troncalidad y del próximo mapa de especialidades. Su desarrollo es vital para cambiar el panorama de la formación especializada y de la profesión. No en vano la norma ha pasado infructuosamente por las manos de seis directores de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad.

¿Se podrá aprobar definitivamente el real decreto en la próxima legislatura? Lo único que se sabe es que la implantación de la troncalidad será lenta y progresiva, y que su desarrollo modificará el real decreto inicial. Son demasiadas dudas para todo lo que se juega la profesión. "La norma lleva ocho años en vigor y sigue en mantillas... Es imprescindible y prioritario que los nuevos responsables de Sanidad desarrollen de una vez por todas la troncalidad, una tarea que no se ha podido culminar en esta legislatura por falta de tiempo pero que está muy adelantada. Durante este tiempo ha habido demasiado ruido y ha faltado más reflexión. El espíritu de la troncalidad es bueno y deberá haber una visión más del conjunto. En lugar de mirarse uno hacia dentro es necesario hacerlo hacia la generosidad", dice Alfonso Moreno, presidente del Consejo Nacional de Especialidades.

- 
- **Patricio Martínez: Los presupuestos dedicados a Sanidad tienen que ser realistas y finalistas, con una financiación que responda a una cartera de servicios definida**
- 

El próximo gobierno también tendrá que recoger las reiteradas peticiones del Foro de la Profesión, que lleva meses enviando mensajes de socorro a los responsables del Ministerio de Sanidad y a las autonomías, pero que parece que nadie los quiere escuchar. Entre las reivindicaciones que la profesión quiere trasladar a los nuevos responsables está el rechazo de cualquier recorte que afecte a la calidad asistencial de los pacientes y a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), y va a insistir en que se desarrolle una política coherente en la planificación de las necesidades futuras de médicos. Pero para ello exige un Pacto de Estado por la Sanidad que debe contemplar acuerdos globales que hagan posible la sostenibilidad del sistema, así como otro tipo de exigencias que ha condensado en un manifiesto con diez propuestas para que los tijeretazos no afecten al SNS (ver DM del 28-X-2011).

"En este pacto es sustancial el acuerdo al máximo nivel político y los partidos deben comprometerse a no utilizar la Sanidad con fines partidistas", explica Patricio Martínez, secretario general de CESM. Entre otras reivindicaciones, el Foro de la Profesión exige que se cambie el modelo retributivo de los médicos para vincularlo a los resultados y a la calidad, y que los presupuestos dedicados a Sanidad sean realistas y finalistas, "con una financiación suficiente que responda a una cartera de servicios claramente definida que respete los principios de equidad, universalidad y solidaridad", recalca Martínez.

- **Joaquín García Estañ Actualizar el hospital universitario para vincularlo más al estudiante va a llevar tiempo y mucho trabajo. No dará sus frutos antes de verano**
- 

### **Mensajes de SOS**

Los próximos responsables gubernamentales deberán dejar de hacer oídos sordos a las peticiones de los médicos que trabajan en el primer nivel asistencial si quieren tenerles contentos y a pleno rendimiento. Para ello sería conveniente potenciar la atención primaria con una mejor redistribución del gasto para que se alcance cuanto antes el objetivo de destinar el 25 por ciento del presupuesto destinado a Sanidad al primer nivel; priorizar medidas tendentes a disminuir la carga burocrática; redistribuir el tiempo en la jornada laboral para garantizar la formación continuada e investigación; fomentar una mayor comunicación entre niveles o reactivar la Estrategia AP-21.

### **Reforma universitaria**

Los decanos también tienen mucho que trasladar a los políticos que salgan elegidos el 20 de

---

noviembre, ya que la estructura y funcionamiento de los hospitales universitarios apenas ha variado desde tiempos inmemoriales (ver DM del 13-IV-2010): "Lo que debería ser el eje fundamental en la docencia médica de grado continúa rigiéndose por una norma -que regula las relaciones entre los hospitales y las facultades- que data de 1986 y que está superada por la evolución sanitaria", explica Joaquín García Estañ, presidente de la Conferencia de Decanos.

Para abordar la reforma del hospital universitario se ha creado un grupo de trabajo que, según García Estañ, se convocará probablemente el próximo lunes, pero que no dará sus frutos antes del próximo verano. "Actualizar el hospital universitario para vincularlo más al estudiante va a llevar tiempo y mucho trabajo. En 1986 los hospitales pertenecían al Insalud y ahora son de las 17 regiones. Además, habrá que regular la figura del médico que también es docente y que ahora hace dos trabajos en el tiempo de uno", añade García Estañ.

Para los decanos es prioritario que se regule el sistema de preinscripción a las facultades de Medicina y conseguir que el Ministerio de Educación imponga el distrito único en el acceso a las carreras con numerus clausus; adelantar el examen MIR a septiembre, "para que los residentes se puedan incorporar en enero y no desperdicien casi un año", así como evaluar a los alumnos de Medicina con arreglo a las directrices de Bolonia con una prueba que mida las habilidades clínicas y de comunicación de los licenciados de forma objetiva. "Los licenciados de la primera promoción del Plan Bolonia de la Complutense de Madrid serán los primeros en examinarse en 2012. Les seguirá el resto en un proceso que culminará en 2016".

## TALLER ESPECÍFICO EN VALENCIA

### **El grado de Medicina aún no forma adecuadamente en habilidades comunicativas**

**Históricamente se ha pensado que los residentes de Medicina debían centrarse exclusivamente en adquirir y afianzar conocimientos clínicos, pero la realidad es que también deben preocuparse de desarrollar otras habilidades, como la comunicación y el trabajo en equipo, "fundamentales para el desempeño presente y futuro de su profesión", según María del Carmen Montaner, doctora en Pedagogía y coach directivo docente.**

E. Mezquita. Valencia | 02/11/2011

Montaner, que ha impartido un taller de entrenamiento en habilidades personales y de comunicación a MIR del Hospital Arnau de Vilanova, de Valencia, cree que esta formación es especialmente necesaria por el escaso interés que recibe durante el periplo universitario. "Es una carencia generalizada en todas las facultades de Medicina". En su opinión, "se trata de un

---

tema transversal que debe transmitirse desde el propio profesorado y, para ello, debe ser integrado en la formación de las materias clínicas por el equipo docente".

En el taller, integrado en el programa de docencia del Departamento Valencia-Arnau de Vilanova-Lliria, Montaner ha señalado que "siendo médico hay que aprender a gestionar y conciliar las necesidades del paciente (el protagonista del quehacer profesional), la adquisición de experiencia, la formación permanente, los recursos de tiempo y materiales, las relaciones con el equipo, el crecimiento como persona...". Para ello, conviene "tomar conciencia de las necesidades propias y ajenas, para reflexionar sobre el sentido de lo que hacemos y cómo priorizamos. Lo urgente puede hacernos descuidar lo importante, esto es, el trato con el paciente, que debe sentirse confortado y atendido".

- **"La comunicación es un tema transversal que debe ser integrado por el equipo docente en la formación de las materias clínicas"**

### "Oportunidad empática"

En el capítulo de relaciones profesionales, Montaner entiende que "importa más la actitud que la aptitud", y remarca que "la flexibilidad, la empatía y la competencia emocional se demuestran necesarias". En este contexto, "las consultas positivas -aquéllas en las que, además de dar información, el médico es cálido y amigable, firme y tranquilizador-, se han demostrado más eficaces para la recuperación". Según la especialista, "aunque nos parezca obvio, conviene aprender sobre los momentos de oportunidad empática en las consultas, la necesidad de escuchar más allá de lo que dicen las palabras".

### RECURSO DEL SCS

## El TS reitera que no toda la experiencia en concertados se equipara a la del público

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria ha ganado otra batalla judicial a las demandas presentadas contra el baremo que estableció la oferta pública de empleo de 2007 del Servicio Cántabro de Salud (SCS).

Redacción | 03/11/2011

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria ha ganado otra batalla judicial a las demandas presentadas contra el baremo que estableció la oferta pública de empleo de 2007 del Servicio Cántabro de Salud (SCS).

---

Las reclamaciones judiciales, que se iniciaron contra el citado proceso de selección, fueron ganadas en la primera instancia judicial. El Tribunal Superior de Justicia afirmó que el baremo de selección recurrido por varios facultativos infringía el principio de igualdad, al considerar una diferencia de trato entre los profesionales que prestaban sus servicios en los centros públicos y los que lo hacían en los concertados.

Sin embargo, el SCS ha recurrido estas resoluciones a la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Supremo, que le está dando la razón. Ya lo hizo en una sentencia en abril de este año, de la que fue ponente el magistrado Nicolás Maurandi y ahora lo ha vuelto a repetir en un fallo del que Juan José González Rivas fue el magistrado ponente.

Esta última resolución repite los argumentos de la primera y señala que "no se puede establecer como regla general la equiparación de todos los centros concertados con los centros públicos, sino que se debe resolver caso por caso cuando haya de aplicarse el acuerdo de selección".

El alto tribunal admite las alegaciones del Gobierno de Cantabria, que señala que "no todos los centros privados concertados son iguales, ni todos son equiparables a los públicos, ya que en muchos sólo se conciertan determinados servicios y técnicas sanitarias y no toda la actividad del centro".

Además, el fallo del Tribunal Supremo recuerda que "las condiciones de acceso a una y otra clase de centros sanitarios para prestar servicios en ellos son diferentes: en los públicos rigen los principios de igualdad, mérito y capacidad, mientras que en los privados prima el principio de libertad empresarial".

#### **La opinión contraria del TSJ cántabro**

---

La sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria calificaba como discriminatorio el baremo de la OPE de 2007 por no valorar la experiencia en centros concertados igual que la acreditada en un centro público, afectando a todos los concursos convocados por la Administración sanitaria ([ver DM del 10-XI-2010](#)). La Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Supremo revocó esa sentencia.

#### **CON UN AULA INFORMATIZADA Y UNA CABINA DE CONTROL**

---

## La UPV estrena hospital virtual en Vitoria y mejora la formación mediante simulación

**La Unidad Docente de Medicina en Vitoria de la Universidad del País Vasco (UPV) estrena hospital virtual, que permitirá simular diferentes situaciones clínicas.**

DM. Vitoria | 03/11/2011

La Unidad Docente de Medicina en Vitoria de la Universidad del País Vasco (UPV) estrena hospital virtual, que permitirá simular diferentes situaciones clínicas.

El nuevo hospital virtual consta de un aula informatizada, una cabina de control y una sala donde simular diferentes situaciones clínicas. Dicha sala está informatizada y dispone de dos maniqués informatizados con diversos programas para simular situaciones clínicas reales, que permiten interactuar con el enfermo simulado y con el profesor.

Los instrumentos evaluativos que forman parte de las estaciones se componen de pacientes estandarizados, maniqués, imágenes clínicas, preguntas de respuesta corta, examen oral estructurado e informes clínicos.

"Se trata de un sistema basado en el uso de ordenadores y otros dispositivos para producir una apariencia de realidad clínica que permita al usuario tener la sensación de estar presente en ella. Así podremos formar y evaluar al alumno antes de que se enfrente a pacientes reales", ha afirmado durante la presentación de las instalaciones el profesor Miguel Gutiérrez Fraile, director de la Unidad Docente.

Los nuevos planes de formación en Vitoria incluyen: definir y evaluar competencias, asegurar la calidad y gestionar a los profesionales por evaluación.

### **APLICAR EN SANIDAD TECNOLOGÍA DOMÉSTICA**

## La tableta aterriza en la Sanidad

Apple ha aportado desde la utilización del iPhone para la imagen médica hasta el iPad para situaciones similares pero a una mayor escala. Los profesionales, las sociedades tecnológicas e instituciones como Harvard y Yale alaban el uso de la tableta.

David Rodríguez Carenas | 02/11/2011

---

Acostumbrados a la renovación tecnológica de los últimos tiempos, no sólo en la vida sino también en su profesión, los médicos empiezan a dar la bienvenida a un nuevo dispositivo: la tableta. Llegó a nuestras vidas con el nombre de *iPad*, el producto de Apple. Después del dispositivo de la marca de la manzana mordida llegarían otras compañías. Ahora lo que llega es su uso en Sanidad, muchas veces a petición de los propios profesionales, que se plantean si lo que tantas ventajas les ha reportado en su vida diaria podría llevarse a su trabajo.

- **”Creemos totalmente en el emponderamiento del paciente; no es una cuestión de operar, sino de mejorar la relación médico-enfermo”**
- 

Así ha sido en el caso del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Quirón Madrid, que ha utilizado el *iPad* para, sobre todo, aumentar el emponderamiento del paciente, según Javier Moradiellos. "La idea surge de las experiencias de Estados Unidos con esta tecnología para acceder a las historia clínica electrónica (HCE) en cualquier punto del centro". En Quirón Madrid esto es posible gracias a la red *wifi* que han instalado en todo el hospital.

"Somos el primer servicio de España que lo integra totalmente en su actividad", destaca Moradiellos. Para ello contaron con la colaboración del Servicio de Informática del hospital. La experiencia está siendo positiva: "Ha superado mis expectativas. Según lo usas descubres nuevas posibles aplicaciones". Y eso es lo que ha ocurrido: de planta a consulta, y de ahí a quirófano.

### **Sus usos**

Se comenzó por el acceso a la HCE, que "no sólo facilita la tarea del profesional, porque ya hay ordenador cada quince metros; se trata de llevar el terminal **a pie de cama**, enseñando al paciente y a su familia la última radiografía. Así aumenta la implicación del enfermo en su recuperación y se reduce su ansiedad. Los pacientes están encantados".

El siguiente paso fue la **consulta**, explicando las intervenciones quirúrgicas: "El paciente llega con una imagen vaga de las intervenciones complejas que se le van a realizar. La formación del enfermo le coloca en una situación de control. Creemos totalmente en su emponderamiento; no es una cuestión de operar, sino de mejorar la relación médico-paciente".

- **”El proyecto de la tableta ha superado mis expectativas. Según vas utilizando este dispositivo descubres nuevas posibles aplicaciones”**
-

---

El tercer paso llegó al **quirófano**: "Permitía tener las imágenes en la mano. La tableta se introduce en una funda estéril y transparente".

La evolución del proyecto dependerá de las nuevas aplicaciones, pero Moradiellos ya ha adelantado que se van a adquirir más tabletas para otros servicios. Las aplicaciones futuras podrían ser "acceder a bases de datos de pacientes para contabilizar número de intervenciones, tasa de éxito y riesgo de mortalidad asociados. Esto podría lograrse en un año. También se podría disponer de *iPad* para la consulta: los pacientes verían una animación de unos minutos y así entrarían con las dudas más claras. Asimismo, se les puede facilitar una tableta que les informe de los pasos siguientes cuando salgan de la consulta con la cabeza llena de información".

### En crisis

Pero ¿cómo conseguir tecnología en tiempos de crisis? "Una de las bondades de la sanidad privada es que los trámites son más rápidos. Si algo es viable se permite. Nosotros adquirimos los *iPad* y se inició el proyecto piloto con pocos recursos. A gerencia se le pasó un informe y el *feedback* y ahora ya se ha comprado un servidor muy potente que dará servicio a todos los *iPad*. Moradiellos señala su coste-efectividad: "Se mejora la consulta y el paciente está más informado". Aún deben obtener los resultados de las encuestas que comparan la atención con y sin *iPad*, "pero la impresión es buena".

"Nos encantan los *gadgets*, pero esto no es un alarde tecnológico, sino una mejora en pos del paciente", concluyen Moradiellos y José Carlos Meneses, también cirujano torácico de Quirón Madrid.

## REVOLUCIÓN Y GUERRA DE DISPOSITIVOS

---

El uso del *iPad* en el Hospital Quirón Madrid ha dejado claro su uso para la formación del paciente. Pero no sólo éste puede aumentar su conocimiento gracias a las tabletas. Según publica el *Boston Globe*, las facultades de Medicina de las universidades de Harvard, en Boston, y Yale, en New Haven, ambas en Estados Unidos, se han unido a la *Revolución de la Tableta*.

Ambas instituciones están o bien proveyendo de estos dispositivos para la formación de sus estudiantes este semestre, o bien haciendo la formación más sencilla a partir de esta tecnología. Yale ha repartido 520 de estos terminales entre sus estudiantes de Medicina, mientras que Harvard ha creado una serie de aplicaciones específicas para los estudiantes de esta carrera.

Los 520 *iPad* de Yale tienen su destino en el trabajo en clase, pero en un año deberán estar sincronizadas con al menos uno de los hospitales afiliados a la universidad, según ha anunciado Mike Schwartz, decano adjunto de plan de estudios de Yale. En cuanto a Harvard, ya están trabajando en una aplicación que permitiría a los estudiantes de tercer año localizar las interacciones de los pacientes en sus tabletas.

Con independencia de qué compañía gane la *Guerra de las Tablet*, el futuro para los hospitales estará en manos de profesionales que han sido formados a golpe de tableta, lo cual también variará la práctica médica.

## UN RECURSO SEGURO EN LA MOVILIDAD

Pensar en una tableta es pensar en movilidad. Y como paradigma de ello, el Servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid (Summa 112) ha obtenido uno de los Premios Dintel 2011 que la Fundación Dintel, una entidad privada de ámbito estatal dedicada a la difusión de las tecnologías de la información y de la comunicación, ha entregado en el Congreso de Nuevas Tecnologías y Servicios al Ciudadano, celebrado en Madrid. El premio obedece a la inclusión de nuevas tecnologías en los vehículos asistenciales. El Summa 112 implantó la tableta en 2008. Gracias a ello se pueden enviar *on-line* historias clínicas desde el lugar en el que los profesionales atienden al paciente y recibir información desde el centro de coordinación. Todo con un diseño ergonómico -pesa menos de dos kilogramos- y manejado con una sola mano.

La historia clínica empieza a formarse desde la llamada al número de emergencias del paciente o de su acompañante. En ese momento, el centro coordinador del Summa transmite vía *on-line* estos datos a la terminal de cada unidad. El equipo sanitario irá incorporando los datos clínicos a su ordenador de forma que quede registrada una historia completa. Además, la tableta permite el acceso del profesional al visor *Horus*.

En el medio sanitario extrahospitalario la historia clínica informatizada es mucho más segura en cuanto a su registro y custodia de datos que la clásica en papel.





### Patricio Martínez

Los integrantes del Foro de la Profesión Médica (en la imagen, su portavoz) hacen público hoy 'Mediscopia: variables y tendencias. Estudio de Demografía Médica 2011, Apuntes para la eficiencia del sistema sanitario', que aporta la realidad, con cifras y datos, de los médicos en España. Se trata de un amplio informe estadístico con información, tanto a nivel nacional como desglosada por comunidades autónomas. En la presentación también estará presente José Luis Lancho de León, economista del Estado y coordinador del Estudio. La cita es a las 11:30 horas en la sede de la Organización Médica Colegial (OMC) - Plaza de las Cortes, 11 Madrid-.

JANO.es

## **El Real Decreto no implica que los médicos deban prescribir únicamente por principio activo**

Max Ortega. Barcelona

***La nueva norma, que entró en vigor el 1 de noviembre, permite seguir recetando por marca cuando el precio sea igual al del fármaco de referencia, por lo que los medicamentos de marca proporcionarán al SNS el mismo ahorro que los genéricos***

El pasado mes de julio, el Ministerio de Sanidad y los responsables sanitarios autonómicos acordaron un nuevo paquete de medidas dirigidas a recortar el gasto farmacéutico en varios miles de millones de euros anuales. Entre estas medidas figuraba la implantación de la prescripción por principio activo (PPA) en todo el territorio nacional, iniciativa que Sanidad considera que puede ahorrar unos 2.000 millones de euros anuales. Semanas más tarde, concretamente el 19 de agosto, el Consejo de Ministros aprobó ese paquete en forma de Real Decreto -el RDL 9/2011-, que acaba de entrar en vigor este 1 de noviembre.

La PPA, que en algunas comunidades como Andalucía lleva años funcionando, ha permitido un ahorro significativo y se espera que la aplicación de la nueva norma sea positiva en ese sentido. Sin embargo, se trata de un cambio en la forma de prescribir sobre el que hay que contemplar diversas apreciaciones.

En primer lugar, es necesario aclarar que no existe obligatoriedad en todos los casos de recetar citando únicamente el principio activo. El artículo 1.6.2 del Real Decreto cita textualmente: "Cuando las necesidades lo justifiquen, así como cuando los medicamentos pertenezcan a agrupaciones integradas exclusivamente por un medicamento y sus licencias, al mismo precio que el medicamento de referencia, la prescripción, indicación o autorización de dispensación se podrá realizar identificando el medicamento o, en su caso, el producto sanitario por su denominación comercial".

### **Excepciones contempladas**

Por lo tanto, existen determinadas circunstancias en las que el facultativo puede recetar indicando la marca del medicamento. Una de ellas es cuando solamente existe original y licencia al mismo precio, caso en el cual el médico puede diferenciar el medicamento por su marca. Un segundo supuesto es por necesidades terapéuticas, una decisión que recae caso por caso en el prescriptor, quien puede considerar que a un paciente concreto -y así especificarlo en la receta- le conviene un medicamento de marca por motivos diversos como pueden ser los excipientes, las dudas sobre eficacia o seguridad que puede haberle expresado un paciente tras haber cambiado de producto o para evitar confusiones entre los usuarios por cambios de formas, colores y envases. Al respecto, Sanidad señala en un comunicado que “el médico siempre podrá prescribir al paciente el medicamento que considere más apropiado, tenga el precio que tenga, siempre que exista una necesidad terapéutica justificada”.

En cualquier caso, hay que resaltar que ya no existe obligatoriedad de que, en casos de igualdad de precio de productos con el mismo principio activo, haya que recetar un genérico. Si el precio es el mismo, se puede recetar la marca que el facultativo considere oportuna, algo que promueve Farmaindustria.

De hecho, la patronal farmacéutica emitió un comunicado a finales de octubre donde se subraya que “los medicamentos originales de marca permitirán conseguir los máximos ahorros para el Sistema Nacional de Salud, puesto que para poder ser dispensados han tenido que alinearse con el menor precio. Los medicamentos de marca se convierten, pues, en un activo igual que el genérico en favor del ahorro”.

### **Los precios se igualan**

El Ministerio de Sanidad también confirma en su comunicado que “la inmensa mayoría de los medicamentos han bajado sus precios para igualarse al precio menor, por lo que no será necesario cambiar el medicamento que los pacientes están tomando. De este modo, queda garantizada la continuidad de los tratamientos que estén tomando los pacientes”.

Farmaindustria pone el acento sobre lo dicho anteriormente: “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 PPA como una obligación, ni tampoco identificarse la PPA con la prescripción de genéricos”.

Según esta organización, la posibilidad de seguir prescribiendo medicamentos de marca consiguiendo idénticos ahorros para el sistema que con los genéricos permitirá a los médicos tomar las decisiones más adecuadas para el buen control de sus pacientes. “Además -añade-, la prescripción por marca obliga a los farmacéuticos a dispensar precisamente dicho medicamento, sólo pudiendo sustituirlo de forma excepcional debido a desabastecimiento o urgente necesidad”.

En este contexto, una encuesta promovida por la Fundación de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME), realizada a 800 facultativos antes de la aprobación del Real Decreto por el Consejo de Ministros en agosto y cuyos resultados se presentaron a mediados de octubre, revela que el 53% considera que la PPA puede afectar al tratamiento de sus pacientes. El 80% estuvo de acuerdo en que la PPA puede dar lugar a cambios reiterados en el medicamento, lo que puede generar confusión, pérdidas de adherencia y duplicidades.

Asimismo, el 78% no se mostró de acuerdo con la adopción de programas de cambio masivo y automático de prescripción de marca a genérico o PPA.

Sobre todo esto, Farmaindustria destaca que “la marca constituye una parte inequívoca del progreso en muchos órdenes de nuestra vida, incluidas las innovaciones terapéuticas, por lo que la industria farmacéutica confía en que las Administraciones Públicas, a la hora de aplicar la nueva norma, sean sensibles a estas circunstancias y faciliten los mecanismos para que los médicos puedan prescribir por marca con la certeza de que queda así garantizada la dispensación más eficiente”.

## OCIO Y ENTRETENIMIENTO



Recobremos el pluriel de los médicos

CES