



HUMBERTO ARNÉS: "LA MEDICIÓN DE RESULTADOS EN SALUD ES EL GRAN DEBATE DE FUTURO DEL SNS"

* EL DIRECTOR G. DE FARMAINDUSTRIA Y EL RECTOR CÉSAR NOMBELA CLAUSURAN EL FORO EN LA UIMP.

* HOY, GRAN DESPLIEGUE, CON PALABRAS DE ARNÉS, NOMBELA, CARLOS MUR, ENCARNA CRUZ, EL DEBATE...

* Y EN DOSIER ESPECIAL: PONENCIAS DE DÍAZ RUBIO, JUANATEY Y LOS DIRECTORES DE SERVICIOS DE SALUD



HABRÁ AL MENOS DOS CANDIDATURAS EN LAS ELECCIONES DEL COLEGIO MÉDICO DE ZARAGOZA

* LA PRESIDENTA, C. FERRER; Y EL SECRETARIO, ALFREDO GAUDES, QUE SIEMPRE FUERON "UÑA Y CARNE", SE PELEAN Y COMPETIRÁN ENTRE ELLOS.

* FERRER OPTARÁ A LA REELECCIÓN Y GAUDES IRÁ DE SECRETARIO CON JUAN ALBERDI DE PRESIDENTE.

HOY, CRÓNICA CON LAS CLAVES DE ESTA ESCISIÓN



CUENTA ATRÁS PARA EL CONGRESO DE DERECHO SANITARIO, QUE SE CELEBRA DENTRO DE UN MES

* ENTREVISTA CON R. DE LORENZO: "TENEMOS EL DEBER DE SEGUIR SIENDO UN REFERENTE EN EL DEBATE ENTRE LOS SANITARIOS Y LOS JURISTAS"

* "LA EROSIÓN DE LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA JURÍDICAMENTE ES MUY DISCUTIBLE".

ENTREVISTA CON EL PRESIDENTE DEL CONGRESO



- EL SAS ANDALUZ DICE QUE SUS L. DE ESPERA ESTÁN POR DEBAJO DE LA MEDIA NACIONAL, PERO LA PRENSA CUESTIONA SUS DATOS. INFORME, EN DOSIER ESPECIAL.
- C. VALENCIANA: LA LEY DE ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PRESUPUESTOS LLAMA "PERSONAL A EXTINGUIR" AL DEL H. DE ALCIRA. "SANIDAD SÓLO ES UNA" LO CRITICA.
- GALICIA: LOS MÉDICOS CONVOCAN DOS DÍAS DE HUELGA EN NOVIEMBRE, QUE SERÍA INDEFINIDA A PARTIR DEL 4 DE DICIEMBRE SI NO HAY ACUERDO. TEXTO DEL ESCRITO.
- MADRID: AMYTS CRITICA EL SUPUESTO "CONCURSO PÚBLICO" PARA LA ELECCIÓN DE LOS GERENTES DE LA PRINCESA Y EL GREGORIO MARAÑÓN Y LO TACHA DE "PARIPÉ".
- ACERTADA NOTA DEL CIRCULO DE EMPRESARIOS SOBRE LA SITUACIÓN EN CATALUÑA. TEXTO ÍNTEGRO. Y JAVIER PÉREZ DE SEOANE Y JOHN DE ZULUETA, "FIGURAS DEL DÍA".

Somos Madrid

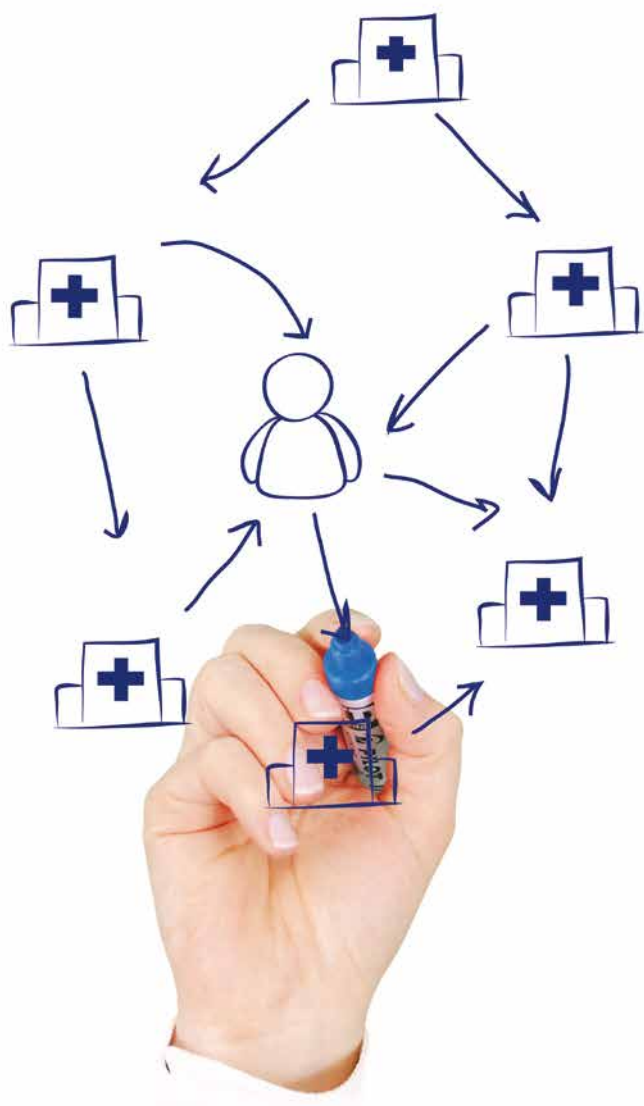
En HM Hospitales llevamos más de 25 años trabajando por tu salud. Y es posible que en estos años alguna herida te hayamos curado. O hemos ayudado a nacer a alguno de tus hijos, llevamos más de 50.000 partos. Quizás hemos atendido a tus padres o a tus abuelos. Alguna que otra escayola también. Es posible que en alguna urgencia nos hayas visitado o que sueles contar con nosotros para tu revisión ginecológica. Si has tenido algo serio, te habrán recomendado alguno de nuestros hospitales. Pero seguro que en estos 25 años alguna vez has pensado en nosotros.

Porque nosotros, también pensamos en ti.

Descubre tu centro HM Hospitales más cercano en:
www.hmhospitales.com

HM
hm hospitales

Somos tu Salud



Por eso estamos muy cerca de ti

En HM Hospitales llevamos más de 25 años siendo la referencia de sanidad privada de la Comunidad de Madrid. Somos líderes en asistencia, docencia e investigación para poner a tu disposición los últimos avances en tecnología médica.

Pero lo más importante es que en HM Hospitales estamos mucho más cerca de ti. Con más de 1.000 médicos que trabajan en exclusiva para ti y con 7 hospitales, 3 Centros Integrales de alta especialización y 14 policlínicos cuentas con la mayor red asistencial privada de Madrid. Para estar más cerca de ti, para cuidar de tu salud.

Porque en HM Hospitales, queremos ser tu Salud.

Hospitales



Centros Integrales



Policlínicos



hm hospitales

Descubre tu centro HM Hospitales más cercano en:
www.hmhospitales.com

Somos tu Salud

The logo for SANIFAX, consisting of the word "SANIFAX" in white, bold, uppercase letters on a red rectangular background.

FORO DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EN LA UIMP DE SANTANDER

HUMBERTO ARNÉS: "TENEMOS HERRAMIENTAS PARA INTRODUCIR YA LOS RESULTADOS EN SALUD Y EN EL FUTURO VAN A SER DECISIVAS PARA GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA"

REPRODUCIMOS A CONTINUACIÓN LAS PALABRAS DEL DIRECTOR GENERAL DE FARMAINDUSTRIA EN LA CLAUSURA DEL FORO DE FARMAINDUSTRIA EN LA UIMP

Muchas gracias rector. Quiero agradecerle también su presencia hoy aquí. Dado que no pudo ayer acompañarnos en la inauguración, apreciamos muy sinceramente esta deferencia de que venga a clausurar este encuentro, que es el último de esta sección veraniega de la Universidad Menéndez Pelayo.

La verdad es que comparto la satisfacción de todos ustedes. Es cierto que hemos tenido un gran nivel de ponentes. Y no sé con qué mesa o con qué ponente individual quedarme, tanto ayer como hoy las intervenciones han sido magníficas. Y además creo que nos han abierto numerosos campos para seguir elaborando y trabajando en este proceso importantísimo de incorporar la medición de los resultados en salud en nuestro Sistema Nacional de Salud. Porque creemos que es fundamental y definitivo.



La participación de los asistentes ha sido también muy importante e interesante. Creo que ha habido un nivel de preguntas y e involucración enormemente interesante. Creo que de lo que más satisfecho me puedo encontrar como colaborador en esta jornada es de resaltar la importancia estratégica de un tema como es el de los resultados en salud.

Es necesario que toda la sociedad, especialmente la vinculada al ámbito de la sanidad, entienda que es fundamental introducir estas variables para mejorar la eficiencia de nuestro sistema como mecanismo para poder compatibilizar, en un futuro no muy lejano, la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud con la posibilidad de que todos los ciudadanos tengan acceso a los mejores tratamientos que la tecnología y la ciencia va a poner a disposición de la sociedad. Y eso es fundamental.

"LA MEDICIÓN DE RESULTADOS EN SALUD VA A TENER UNA IMPORTANCIA ESTRATÉGICA Y ENTRE TODOS NOSOTROS DEBEMOS PROPICIAR EL DEBATE"

Cada vez la medicina, como hemos visto, es más personalizada. Los avances tecnológicos en el ámbito biomédico son extraordinarios. Se está dando lugar a unas innovaciones disruptivas que cambian la gestión y el tratamiento de las enfermedades. Disponemos de herramientas para poder medir estos resultados y probablemente es el mejor mecanismo, la mejor fórmula de que en el futuro podamos garantizar a todos los ciudadanos que van a tener acceso a esos tratamientos.

Sería una lástima que la técnica avanzando como avanza no pueda ponerse a disposición de todos los ciudadanos.

Me quedo con la conciencia generalizada de que hemos intentado consolidar entre todos los que hemos participado aquí, la importancia estratégica que tiene la medición de los resultados en salud. Y cómo debemos entre nosotros, de arriba abajo, de abajo arriba, de izquierda a derecha y de derecha a izquierda poder propiciar esa incorporación en nuestro sistema público de salud.

La verdad es que nos llevamos muchos deberes. Y en este marco incomparable no puedo más que decir que repetiremos. No sé si 17 años, espero que 17 o más. Pero el año próximo seguro que estaremos de nuevo aquí. Muchas gracias.

**PALABRAS DEL RECTOR DE LA UIMP, CÉSAR NOMBELA,
CLAUSURANDO EL FORO DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA****CÉSAR NOMBELA, RECTOR DE LA UIMP, CLAUSURÓ LA SEMANA PASADA EL FORO DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA CON UNAS PALABRAS QUE REPRODUCIMOS A CONTINUACIÓN**

“Gracias al Profesor Lobo y director del encuentro. La verdad es que con las pautas de envejecimiento y la forma en la que aspiramos a controlarlo, probablemente hay que pensar no en 17 sino en muchos más años. Pero bueno, lo importante es, efectivamente, llevarse deberes. Porque quiere decir que el trabajo hecho ha tenido realmente muchas pautas para sugerir cuál es el futuro. Culminamos en esta casa hoy. Farmaindustria suele hacer su encuentro, este año el decimosexto nada menos, en el mes de septiembre. Pero casi ningún año ha sido el último de los últimos días. Culminamos un verano en donde abríamos las puertas aquí el 19 de junio. **Hemos desarrollado 165 cursos. Han pasado 2500 ponentes y conferenciantes.**”

Todo eso puede ser un reflejo del interés que se ha podido vivir instante a instante en la Magdalena. Yo he calificado ya ese término “el instante de la Magdalena”. En donde están transcurriendo tantísimas cosas de interés, en ciencia, en tecnología, en ciencias sociales, en todos los campos y también en las humanidades. Lo que sí puedo comentar es que varias de las facetas que han servido como temática para este encuentro por cuyo programa no puedo sino felicitar a quienes lo han diseñado. Y además sentirme extraordinariamente complacido por la asistencia tan concurrida.

En torno a estos temas hemos vivido todo el verano cosas muy interesantes. El progreso científico en el campo biomédico que nos entusiasma, especialmente a los que hemos dedicado nuestra vida a la investigación biomédica. El progreso tan espectacular que en estos momentos se vive que, sin duda, sugiere y plantea y desarrolla casi cada vez con más rapidez, procedimientos para mejorar la salud, para seguir avanzando. Para lograr las aplicaciones correspondientes de todo ese avance.

De todo eso hemos tenido mucho este verano. Puedo comentar que han sido muchos los cursos y desde luego ha habido una colaboración intensa en forma de patrocinios y en forma de promover temas y en forma de al menos once de las grandes empresas farmacéuticas de nuestro país. Que culminan con el encuentro general de Farmaindustria en estos momentos. A mí como pueden figurar, por mi especialización y demás me complace extraordinariamente que eso haya ocurrido.

Pero es que toda nuestra temática está impregnada de otras muchas cosas que han estado aquí muy presentes. Lo que representa la revolución digital como forma de abordar los datos. El Big Data como temática también de muchísimos tipos. Porque ahora ya nos tenemos que enfrentar con todo eso, con el manejo de datos. Que son base para qué, para avanzar en el conocimiento. Que es un paso más. No es solamente tener los datos sino que hay que saberlos manejar e incorporar y utilizar para procesarlos adecuadamente.

Esta universidad que, aparte de esta temática tiene enseñanzas regladas de posgrado, tiene ya en desarrollo un master de inteligencia artificial. Y está lanzando en colaboración con la Universidad de Cantabria un master precisamente en Big Data. Como forma en Big Data, como concepto general, son herramientas, son estrategias, son desarrollos que a todos nos afectan.

Por tanto, no quiero alargarme más. Me sugeriría el comentar mucho más cosas pero ya sí es hora tras reiterar los agradecimientos a todos los asistentes, ponentes, directores, la entidad patrocinadora Farmaindustria. Tras agradecer todo eso, declarar clausurado este encuentro que supone declarar clausuradas las actividades en el Palacio de la Magdalena de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo. Muchas Gracias.”



FORO DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EN LA UIMP DE SANTANDER

E. DÍAZ RUBIO: " PODEMOS INTRODUCIR LOS BIOMARCADORES GRACIAS A CONVENIOS CON LA INDUSTRIA. Y TENEMOS EL "OK" DE LOS GERENTES DE HOSPITALES, PERO NO CON SU IMPLICACIÓN"

REPRODUCIMOS A CONTINUACIÓN UN MOMENTO INTERESANTISIMO DEL COLOQUIO DEL PÚBLICO EN EL FORO DE FARMAINDUSTRIA CON LOS JEFES DE SERVICIO DE HOSPITALES, ABORDANDO LA FORMA DE INTRODUCIR LOS RESULTADOS EN SALUD.

--> José Ramón Yagüe (Director de Relaciones con las CC.AA de Farmaindustria): ¿En qué medida sería posible incorporar en su opinión los indicadores de resultados en salud que se nos han presentado en la mesa anterior en los que está trabajando ICHOM, en los que están colaborando también ustedes? ¿En qué medida podríamos incorporarlos también en nuestro SISTEMA sanitario? ¿Qué limitaciones podemos encontrar? Porque fortalezas sabemos las que podemos obtener de ello. Pero, ¿y qué oportunidades de incorporarlo?



--> Eduardo Díaz Rubio: Creo que es una propuesta interesante y sumamente inteligente. El problema de la Oncología es incluso mayor que el que pueden tener otras especialidades como la Cardiología. Lo dije al principio. Tenemos que incorporar innovación, pero no solamente terapéutica, sino también diagnóstica. Es decir, biomarcadores, porque estamos en plena era de la medicina de precisión. Y curiosamente, los hospitales "no se han puesto las pilas" (ni la Administración tampoco) para dar respuesta a este segundo problema de los biomarcadores, que es particular de nuestra especialidad. Porque probablemente la medicina de precisión donde más ha calado y está desarrollándose más, es en el campo de la Oncología. El problema de los fármacos es discutir si los podemos pagar. Y si realmente el acceso puede ser universal y si hay equidad. Pero el de los biomarcadores lo estamos solucionando gracias a colaboraciones con la industria farmacéutica a través de convenios con las Fundaciones de nuestros hospitales con la participación de la industria, en los que tenemos el "plácet" de la gerencia de los hospitales, pero no la implicación.

Y eso significa recursos humanos, tecnología, etc. Por lo tanto, es una situación que en el futuro deberíamos entre todos intentar abordar. Hay países como Francia en donde esto se engloba a través de lo que llaman las Cancer Pool, ya estructurado y con un dinero que proviene también de la Administración. Si la Agencia Española del Medicamento aprueba un fármaco y dice que tiene que tener un biomarcador, hay que dar respuesta económica también al biomarcador. Si no, realmente no se están haciendo las cosas bien. Y además, el acceso no lo tenemos medido. De tal manera que desconocemos en el momento actual cuántos pacientes están haciéndose las cosas adecuadamente con la determinación de los biomarcadores y cuántos no.

Y este es un problema que tendríamos la oportunidad de abordar con todos estos programas. Desde luego en Oncología no tenemos resultados medidos. Conocemos a través del Estudio Eurocare, en términos de supervivencia global, lo que viven los pacientes en distintos países. Y nos hemos dado cuenta, por ejemplo, que en los últimos años en Inglaterra la supervivencia ha bajado notablemente. No digo que sea relación causa-efecto, pero desde luego coincide con la instauración del sistema NICE. Pero en el resto de los países la supervivencia es más o menos similar. Desconozco desde luego los datos de España. Tenemos datos de la Sociedad Española de Oncología Médica respecto al acceso, etc. Pero no en lo que se refiere a resultados.

Porque no tenemos sistemas estructurados en los hospitales. No tenemos registros. No tenemos historia clínica electrónica. Por tanto, tenemos una dificultad enorme. Y sería relativamente fácil tener datos de eficacia datos en relación con la calidad de lo que suministramos. Y probablemente con eso a lo mejor somos iguales. Yo estoy en la Comunidad de Madrid y tenemos una información exhaustiva del coste farmacéutico en el campo de Oncología. Fármaco por fármaco en relación con cada uno de los hospitales. Y nos damos cuenta que hay una variabilidad tremenda. La pregunta es, ¿cuáles son los resultados? ¿dónde lo estamos haciendo bien? ¿vale la pena el dinero que estamos invirtiendo o a lo mejor otros hospitales que invierten menos dinero tienen resultados similares? Hay la oportunidad de aprovechar todos estos programas y proyectos para, indudablemente, dar respuestas. Que no son demasiado complicadas. Son sencillas, pero hay que ponerlas encima de la mesa...



FORO DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EN LA UIMP DE SANTANDER

E. CRUZ: "VAMOS A REVISAR TODOS LOS REGLAMENTOS DE LA COMISIÓN PERMANENTE DE FARMACIA, MECANISMOS PARA CC.AA., TOMA DE DECISIONES Y Nº DE REUNIONES DE LA C. DE FARMACIA"

*** "LA COMISIÓN DE FARMACIA Y EL C. INTERTERRITORIAL TIENEN QUE SER UN INSTRUMENTO REAL QUE DOTE DE MAYOR COHESIÓN AL SISTEMA"**

PALABRAS DE ENCARNACIÓN CRUZ, DIRECTORA GENERAL DE CARTERA BÁSICA DE SERVICIOS DEL SNS Y FARMACIA, EN LA JORNADA DE FARMAINDUSTRIA EN LA UIMP DE SANTANDER EL PASADO JUEVES

(...) "La primera como les decía, viene quizás muy influida por mi anterior etapa. Creo que la labor fundamental del ministerio, y además se recoge en nuestra normativa, es la coordinación de las diferentes consejerías de salud. Más en concreto, la coordinación de todas las comunidades autónomas.

En este sentido, **una de las cosas a la que vamos a dedicar mayores esfuerzos y además de forma inmediata es establecer y reforzar todos los mecanismos de coordinación con las comunidades autónomas.** A través de los organismos que tenemos para ello que es la Comisión de Farmacia y el Consejo Interterritorial. Vamos a crear grupos de trabajo específicos y conjuntos para aquellos temas que preocupan tanto al ministerio como a las diferentes comunidades autónomas.

Además, vamos a preestablecer seguimientos que determinen que estas comunidades dispongan de información suficiente de todo el Sistema Nacional de Salud. Toda la información disponible en el ministerio tanto de consumos y de tamaño como a través de receta, va a ser facilitada y va a establecer mecanismos que permitan que se pueda acceder a ello de forma fácil y rápida.



Además, desde el punto de vista de procedimientos, queremos revisar todos los reglamentos internos de la Comisión Permanente de Farmacia, los mecanismos para las comunidades autónomas, los procedimientos para la toma de decisiones y el número de reuniones de la Comisión de Farmacia.

Queremos que la Comisión se reúna aproximadamente cada trimestre o cada cuatrimestre. Estamos convencidos de que **la Comisión de Farmacia y el Consejo Interterritorial tienen que ser un instrumento real que dote de mayor cohesión al sistema.** Y por lo tanto, nuestro esfuerzo va en esta línea. Sé que también nos preocupa el tema de la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos. Son aspectos especialmente relevantes. Y también en este caso queremos aprovechar que, como saben, ha salido una nueva normativa este verano en el mes de agosto, que reformaba de alguna forma la composición de la Comisión para hacer una reingeniería de rediseño de procesos.

En este momento de acuerdo con la nueva composición, la Comisión Interministerial de Precios ha aumentado la participación interministerial. Tenemos dos representantes del Ministerio de Economía y dos representantes del Ministerio de Hacienda. Y se ha incrementado además la presencia de las comunidades autónomas que han pasado de dos a tres. No solamente han pasado de dos a tres, sino que intentando mantener el difícilísimo equilibrio entre la operatividad de las comunidades autónomas y la operatividad de la Comisión, van a permanecer tres comunidades autónomas como vocales y otras tres comunidades autónomas como oyentes.

Ya sé que esta mañana habrán recogido y habrán escuchado las que algunas comunidades autónomas dependen de esta reforma permanente. Son representaciones que se entiende que algunos territorios pueden tener pero por otro lado hay que compaginar con la operatividad. En este momento esta es composición de la Comisión. Y otro tipo de decisiones permanentes sería muy difícil el encaje en relación con el resto de las comunidades autónomas.

Adicionalmente se va a dotar a la Comisión de un reglamento de funcionamiento interno y vamos a intentar agilizar todas las decisiones de precio y financiación.



FORO DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EN LA UIMP DE SANTANDER

ENCARNACIÓN CRUZ: "VAMOS A PONER EN MARCHA UNA REVISIÓN DE PRECIOS DE FORMA INMEDIATA"

*** "VAMOS A AVANZAR EN LA GESTIÓN DE LOS TECHOS DE GASTO. TIENEN INCERTIDUMBRES PUESTAS DE MANIFIESTO POR LAS CC.AA. Y HACIENDA"**

De dos formas. En primer lugar, vamos a hacer diversas reuniones. Nuestra intención es que a lo largo del año se produzcan alrededor de unas diez reuniones, aproximadamente cada mes respetando los meses de verano y navidades.

"QUEREMOS ACORTAR LOS PERIODOS DE NEGOCIACIÓN CON DECISIONES DE APROBACIÓN O NEGACIÓN Y NO DILATARLA CON OFERTAS Y CONTRAOFERTAS"

Y además tenemos la intención de acortar los periodos de negociación. Esto es una cosa que además nos afecta a todos. Tradicionalmente la negociación se dilata a lo largo del tiempo porque se producen continuas ofertas y contraofertas. Esto va a dejar de ser así. Se van a producir decisiones de aprobación o de negación. No vamos a entrar en una espiral que nos diga que al final esta oferta o contra-oferta hagan que los procesos se dilaten en el tiempo.

También les hemos pedido a ustedes que además ajusten sus propuestas. Porque al final llegará la Comisión del Ministerio de Precios y la decisión será resolución de inclusión o resolución de no inclusión. Y por lo tanto todo el mundo sabremos a lo que estamos jugando y aceptaremos mucho más las financiaciones. Además vamos a remodelar el funcionamiento. Actualmente, saben cómo funcionan, pero en la Comisión Interministerial van como 10 anexos, cada uno muy diferente, genérico o no genérico, colaboración, con precio europeo, etc. Vamos a mejorar sobre todo esto para ser más operativos en la Comisión. Y van a ir fundamentalmente dos anexos para que nos ayuden a trabajar mejor.

Y vamos a revisar todos los informes que se utilizan para la evaluación de medicamentos para incluir solo información pertinente. En este momento toda la información se facilita en el informe de evaluación en el IPT que de alguna forma es la definitiva. Y sin embargo, a veces se da menos valor o menos amplitud en el detalle a lo que es la propuesta de valor. Vamos a intentar remodelar estos informes.

También vamos a intentar avanzar en la gestión de los techos de gasto. Los techos de gasto han sido una herramienta muy positiva para el sistema. Pero es verdad que tiene alguna incertidumbre que nos ha puesto de manifiesto no solamente las comunidades autónomas sino también el Ministerio de Hacienda.

En el sentido cuando acaba el techo de gasto qué es lo que va a pasar. **Vamos a establecer un mecanismo que nos permita cuando termina el techo de gasto establecer el precio del medicamento en función de una serie de pactos acordados con anterioridad con el laboratorio que se somete al techo de gasto.** De forma que podamos a hacer una predicción a más largo plazo entre nosotros como en el laboratorio. Y cómo vamos a trabajar además. Muchos de ustedes cuando reciben la resolución del precio de financiación tiene una coletilla que es: "El precio se revisará al año después de..."

Desgraciadamente hasta ahora no ha existido un procedimiento sistemático para hacer esa revisión de precio. Vamos a poner en marcha una revisión de precio de forma inmediata. Estas revisiones de precios que están ya establecidas en la resolución de financiación van a tener en cuenta el valor real del medicamento que entra en el mercado, la evolución y su utilización y su comparación con las expectativas que había puesto previamente el laboratorio en el dossier de financiación y la posible aparición de nuevas terapias.

Esto nos va a permitir además un mayor dinamismo en lo que supone la revisión de precios, más allá de los mecanismos ya establecidos en la revisión de precios.

Cómo no, el ministerio tiene que trabajar en algo tremendamente aburrido que es la normativa. Además una normativa que debemos sacar adelante.

SANIFAX

FORO DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EN LA UIMP DE SANTANDER

E. CRUZ: "VAMOS A ESTABLECER UNA ESTRATEGIA QUE FOMENTE LA DISPENSACIÓN Y PRESCRIPCIÓN DE BIOSIMILARES Y GENÉRICOS"

*** "LOS PRECIOS DE REFERENCIA HAN SIDO TREMENDAMENTE POSITIVOS PERO YA HACE MÁS DE 10 AÑOS QUE ESTÁN EN VIGOR CON EL MISMO MODELO"**

La primera y más importante se refiere al real decreto de precios de referencia. Muchos de los que están ahí ya me han oído en muchas reuniones previas hablar de ese asunto. Los precios de referencia se han mostrado creo que tremendamente positivos para la sostenibilidad del sistema. Y además siguen teniendo valor y creo que en el 99% de las ocasiones.

Pero es verdad que hace ya más de 10 años que están en vigor con el mismo modelo. Es verdad que durante ese tiempo se podrían haber producido avances tanto en dispositivos de las industrias farmacéuticas que no están perfectamente recogidos en la normativa. Y que pueden desincentivar a algunas compañías a que investiguen sobre medicamentos clásicos a que le den un valor de utilidad para los pacientes.



"QUEREMOS QUE LOS MEDICAMENTOS CLÁSICOS SIGAN SIENDO ATRACTIVOS Y LA MODIFICACIÓN DE LOS PRECIOS DE REFERENCIA PRETENDE VALORAR ESA INNOVACIÓN INCREMENTAL"

Y eso no lo queremos. Queremos que estos medicamentos clásicos, que son un pilar fundamental de la industria farmacéutica, sigan siendo atractivos. Y lo que pretendemos hacer es una modificación de los precios de referencia que permita valorar esa innovación incremental. Y que permita abordar estos proyectos de investigación en los que pueden basarse las empresas. Sabiendo que no automáticamente se le va a poner el conjunto de referencia. Esto se puede hacer de dos formas. O bien intentando modificar el real decreto o bien intentando modificar la Ley de Garantías.

Vamos a valorar las dos posibilidades. Aunque bien es cierto que creemos que la modificación de la ley es mucho más compleja, tiene más trámites, es más lenta. Por lo que vamos a dar prioridad a la modificación del real decreto. Aunque trabajaremos en las dos líneas.

Por otro lado, ante la normativa que también lleva más de dos años para arriba y para abajo. Es una normativa tremendamente compleja. Se ha intentado, el objetivo de la Administración en ese momento fue hacer un compendio de todo lo que tenía que ver con biosimilares y no solamente (...) sino también de productos sanitarios. Por un lado corre muchos riesgos porque puede tener muchas posibilidades de que se carguen toda la norma, no solamente un aspecto de ella.

Lo que vamos a intentar hacer para sacar esta norma, en primer lugar todos los temas de precios de financiación son tremendamente complejos. Y además hemos tenido múltiples reacciones no solamente de la industria farmacéutica sino también de las comunidades autónomas que nos va a obligar a revisarla en profundidad.

Pero tenemos que ser conscientes de que hay una necesidad por parte de los pacientes y de la industria. Y es que todo lo que es la regulación de productos sanitarios en algunas fases, no sé si conocen que la oferta de productos sanitarios está estancada desde el año 2006. Porque había un decreto que decía que no se podían regular los precios hasta que no se establecían los márgenes de distribuidor de farmacia. ¿Y esto a que nos ha obligado? A que no se pueda actualizar. Y eso es malo no solo para los pacientes. Porque hemos intentado hacer toda la clase de movimientos para que se incorporen. Pero cuando incorporamos algo no se puede incorporar porque hay que sustituir el anterior y estamos perdiendo la capacidad.

Somos conscientes además que hay determinados productos y nuestra tecnología ha evolucionado y que seguramente son susceptibles de una revisión.



FORO DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EN LA UIMP DE SANTANDER

ENCARNACIÓN CRUZ: "REVISAREMOS LA NORMATIVA DE PUBLICIDAD DE MEDICAMENTOS, YA QUE DATA DE 1994 Y NO RECOGE EL TEMA DE INTERNET NI OTRO TIPO DE NUEVAS TECNOLOGÍAS"

Lo que queremos incorporar seguramente será desgajar la financiación de precios de medicamentos de lo que es toda la normativa de productos sanitarios. Para intentar acelerar todo el tema de productos sanitarios y poner a disposición de los pacientes todas las novedades que hay en este campo que son muchas, porque en productos sanitarios la tecnología ha tenido mucho que decir en estos últimos diez años. Y creemos que eso es valorable.

Y por último, hay un aspecto que también es antiguo que quizás no es una necesidad sentida pero que nosotros sí creemos que tiene mucho interés. Y tiene que ver con la normativa de publicidad de medicamentos. Que saben que data del año 1994, que en un momento dado se desregula por tener que ver con los medicamentos publicitarios. Pero que realmente va mucho más despacio que lo que van las tecnologías de la información. No recogen el tema de internet ni de otro tipo de nuevas tecnologías. Por lo tanto lo que debemos hacer es intentar revisar toda esa norma, revisarla con nuestros partners para ver cómo podemos hacer una nueva más real y más adecuada a las verdaderas fuentes de información de las que se dispone hoy en día y que realmente abandonemos la información en papel, información entre los profesionales.

También es lógico y necesario además que tomemos medidas que tengan que ver con la mejora de la sostenibilidad del sistema.

En cuanto a aspectos que tienen que ver con la sostenibilidad del sistema vamos a establecer una estrategia que fomente la utilización de medicamentos en los que ha participado un paciente. Tenemos que conseguir que la prescripción de medicamentos, dispensación por parte de los pacientes, de medicamentos genéricos y biosimilares sea atractiva. Todo el mundo creo que va en ese camino.

Porque es cierto que aunque tenemos ya unas cifras que no son bajas, están en el 48%, también es cierto que estamos muy lejos de las cifras europeas que rondan el 60% de media y los países de nuestro entorno el 70-80%.

Lo mismo ocurre con los biosimilares. En el caso de los biosimilares además tenemos que ver que la penetración de los distintos biosimilares es muy dispar, muy diversa según la molécula y además según el territorio. Tenemos moléculas en las que la penetración es del 60% del biosimilar y tenemos otras en las que el biosimilar no llega al 12% aunque sean moléculas más antiguas.

Entonces tenemos que ver cómo podemos incentivar esa utilización. Porque la mayor utilidad de los genéricos y biosimilares es, como me han oído mil veces y lo voy a seguir diciendo, la que va a permitir abordar la innovación que de otra forma será mucho más complicado.

"ESTAMOS PAGANDO PRECIOS EXCESIVOS POR DETERMINADOS MEDICAMENTOS"

Por otro lado hay un tema que también nos ocupa. Y que se refiere a los precios excesivos que estamos pagando por determinados medicamentos con innovación farmacológica, determinados, no todos. **Y no hablo de medicamentos caros. Hay cosas que son caras pero tienen valor pero hay otras que el precio es excesivo incluso aunque tengan valor.**

Tenemos que trabajar en un modelo de abordaje de innovación de medicamentos de alto impacto económico y sanitario. Un modelo que nos permita no tener que tomar decisiones improvisadas cuando ya tenemos el problema en la calle. Y que nos permita abordarlo de forma integral. Abordarlo de forma integral significa en todo el proceso del medicamento que nos permita comenzar con la realización de ensayos clínicos, viendo qué es lo que nos está llegando, cuáles son los ensayos clínicos.



ENCARNACIÓN CRUZ: "VAMOS A CONSTITUIR GRUPOS DE TRABAJO PARA AVANZAR EN LA PRESCRIPCIÓN ENFERMERA"

Garantizando a los pacientes como es nuestra obligación como gestores, que independientemente de lo que cura ese medicamento en el futuro, que esté disponible ese medicamento una vez que se ha sometido el ensayo clínico, estableciendo criterios de inicio de tratamiento, de seguimiento y de interrupción del tratamiento. Estableciendo registros que nos permitan medir los resultados en salud y tomar las decisiones en base a esos resultados de salud. Este modelo se propuso en el pasado Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 21 de junio, y obtuvimos una aceptación para empezar a trabajar junto con todas las comunidades autónomas.

Otro aspecto importante tiene que ver con los sistemas de información y las tecnologías. Desgraciadamente no hemos tenido un gran avance en el Ministerio con la utilización de nuevas tecnologías y todavía nos queda mucho que avanzar.

Queremos un plan interno que nos permita todos esos datos que queremos conseguir. Y hay que dar pequeños pasos en lo que tenemos. (...)

Seguramente hemos hecho un pequeño programa de modificaciones. Seguramente las que vamos a abordar a más corto plazo es la introducción en el nomenclátor de las indicaciones con información acerca de distintas indicaciones que están financiadas, están autorizadas. Así como algunas estrategias para mejorar la gestión de los precios menores (...)

Hay otros asuntos que quizás no ocupen tanto tiempo como este, pero que también nos parecen relevantes.



“DURANTE LOS PRÓXIMOS AÑOS TENDREMOS QUE HACER ESFUERZOS PARA ADAPTARNOS A LA DIRECTIVA DE MEDICAMENTOS FALSIFICADOS. ESTO NOS OBLIGARÁ A MODIFICAR LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LAS CC.AA.”

En este caso, podríamos hablar de la directiva para evitar la introducción de medicamentos falsificados en el canal farmacéutico y su acceso a los pacientes. Es evidente que durante los próximos años tenemos que hacer esfuerzos para adaptarnos a esta directiva que además tiene un plazo que será en el 2019. No cabe duda de que este proceso no va a ser fácil.

En primer lugar nos va a obligar a modificar los sistemas de gestión de las comunidades autónomas. Modificar los sistemas de gestión significa modificar los sistemas de prescripción, de dispensación, de interconexión de bases de datos, de acceso y de envío de información.

Eso tiene un coste en recursos humanos y más en recursos económicos. Que sabemos que va a ser muy difícil convencer para que se lleve a cabo. Por qué. Porque realmente como todos los que estamos en esta sala sabemos, nuestro sistema afortunadamente tiene unas bases sólidas en lo que se refiere a la trazabilidad de los productos. Y hoy por hoy, a menos que yo conozca, no se conoce ningún caso de un medicamento falsificado ha llegado a un paciente por la vía legal.

Claro, por lo tanto parece no haber ningún problema. Y poner a todo el mundo a trabajar donde nadie ve un problema es complejo. Tendremos que ponernos a ello con mucho ahínco.

Tendremos que utilizar la mejor palanca que tenemos. Y la palanca que tenemos es la señalización. La señalización de cada uno de los pasos que también viene en la normativa, lo que nos va a permitir seguramente son dos aspectos fundamentales.



FORO DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EN LA UIMP DE SANTANDER

ENCARNACIÓN CRUZ: "QUEREMOS QUE EL PLAN PROFARMA TENGA MAYOR PROTAGONISMO Y QUE LA INDUSTRIA SE DE CUENTA DE LO BUENO QUE ES NUESTRO PAÍS PARA INVERTIR"

Por un lado, mejorar la seguridad. Porque vamos a poder identificar cada uno de los envases, vamos a poder llegar hasta el paciente con un lote de la caducidad. Y por otro lado, nos va a permitir mejorar los procesos de facturación de la prestación farmacéutica.

Prescindiendo de la necesidad de arrancar el precinto porque ya podremos dar de baja a un envase. Y eso lo tenemos que utilizar para poder avanzar en este tema. Pero nos enfrentamos a un reto muy difícil y es conciliar posturas. Conciliar posturas de las comunidades autónomas, el Consejo, la industria. Estamos en una era encrucijada y además nos va conllevar un cambio, con lo cual el trabajo no va a ser sencillo.

Pero hay dos pilares que además deben quedar garantizados en este proceso. El primero de ellos es que no debemos de olvidar que nuestra principal misión es garantizar el acceso a un medicamento en las mismas condiciones a la población.

Por lo tanto, este proceso no puede enlentecer el acceso al medicamento. No puede ser que a un agente no se le pueda dispensar porque no se ha podido realizar o en un área hospitalaria no pueda darse de baja todo un pack de medicamentos.

Y por otro lado, hay que tener en cuenta que también hay que dar muchas garantías en lo que se refiere a la protección de datos. En estos momentos necesitamos de datos de pacientes y no hay datos de pacientes.

Tenemos que conseguir que todos los centros que participen en el proceso se sientan confiados. Que sepan de verdad quiénes son los que tienen los datos, en lugar donde se almacena esa información, el nivel de la relación de esos datos y el acceso tanto desde la Administración como de otros actores.

No quiero decir con esto que no tengamos que trabajar además en otros aspectos. La prescripción enfermera, vamos a constituir también grupos de trabajo.

Y luego un aspecto que me parece muy importante y que algunos de ustedes también han oído, los que a lo largo del mes de agosto han aprovechado que estaba trabajando para dialogar. Y es que queremos impulsar la presencia de la industria farmacéutica en nuestro país.

"PREGUNTAREMOS A CADA UNO DE USTEDES QUÉ ESTÁN HACIENDO PARA AUMENTAR SU POSICIÓN EN EL PLAN PROFARMA"

Y queremos que el Plan Profarma tenga un mayor protagonismo. Y queremos que la industria se dé cuenta de que nuestro país es un país que es muy bueno para invertir. Porque tenemos una ventaja especial aunque no nos guste y es que tenemos grandes técnicos, excelentes profesionales bien formados a un precio muy competitivo.

Y eso tiene que hacernos que seamos atractivos. Y a cada uno de ustedes les vamos a preguntar qué es lo que están haciendo para aumentar su posición en el Plan Profarma. Y además vamos a tenerlo en cuenta para todo aquello que nos permita la normativa.

De hecho, en este momento el Comité Directivo del Plan Profarma ha aumentado la presencia de la Dirección General de Farmacia en la toma de decisiones. Me podría extender mucho más. Pero también entiendo que no les voy a abrumar. Que además que a lo largo de tiempo ya irán viendo cómo se desarrollan todos estos aspectos que les he ido enumerando alguno de ellos están solamente en fase inicial, casi de idea en algunos casos. Y que tendremos nuevas oportunidades para compartir y debatir sobre todo esto. Muchas gracias."



FORO DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EN LA UIMP DE SANTANDER

CARLOS MUR (GERENTE H. FUENLABRADA): "NINGÚN PROYECTO SANITARIO LLEGARÁ A NINGUNA CONCLUSIÓN POSITIVA SI LO PLANTEAMOS COMO UN PROYECTO PARA AHORRAR"

AMPLIO RESUMEN DE LAS PALABRAS DE CARLOS MUR, GERENTE DEL H. DE FUENLABRADA, LA PASADA SEMANA EN EL FORO DE FARMAINDUSTRIA EN LA UIMP DE SANTANDER.



(...) Desde mi humilde punto de vista, insisto, es una opinión personal. No represento en esta ocasión la opinión global ni de la sociedad de directivos ni de ninguna sociedad científica de Psiquiatría.

Pero sí que creo que hay que definir que en estos momentos tenemos dos desafíos mayúsculos en el sistema sanitario. Y desde luego, no se trata de que tengamos una necesidad de ahorro o una pérdida de poder adquisitivo.

No, porque además ningún proyecto sanitario, ninguna planificación del sistema sanitario resultará atractiva ni necesaria si perdemos de vista lo que es el core del mismo. Que es evidentemente ese acto médico, ese cuidado enfermero que llega a un paciente que lo necesita.

Ningún proyecto sanitario llegará a ninguna conclusión positiva si lo planteamos como un proyecto realizado para ahorrar. Eso es absolutamente absurdo. Perdónenme que sea así de vehemente como suelo ser. Pero si ese desafío del aumento de costes es notable, fijémonos por ejemplo lo que está pasando en Holanda.

En Holanda en los últimos 15 años el gasto sanitario en porcentaje del producto interior bruto ha crecido siete veces más que el propio producto interior bruto. En España llegamos a un 3,2% de diferencia. Lo cual no hace falta ser un matemático licenciado en Harvard para darnos cuenta que el problema de aquí a 15 años va a ser mayúsculo.

Pero un problema asociado y, desde luego, para mí mayor que el aumento de los costes, es la enorme variabilidad de los resultados en salud. Por qué. Porque la propia práctica clínica, como comentaban los ponentes anteriores, es inherente al acto médico porque, segundo, **no tenemos buenos indicadores que sepan medir los resultados en salud. No los generamos por distintas cuestiones, con lo cual no los podemos comparar.**

No podemos ni siquiera saber cuál es el goal estándar de resultado en salud de una determinada intervención. Y por muchas otras razones que me referiré a partir de aquí.

Cuál es el problema y eso es lo que me gustaría referir como conclusión positiva de estos desafíos. Pues que verdaderamente aquella cuestión fundamental, el quid actual de un sistema sanitario que es cómo nos aprovisionamos de las herramientas necesarias para dar lugar a que este acto médico y este cuidado sea necesario, está regido por un sistema de compra pública que, evidentemente, no asume todas las variables que debería asumir.

Está todavía muy centrada en el criterio precio, como es lógico, y no tanto en las necesidades reales de los pacientes. Con lo cual nos emborriona el coste real del cuidado. Sí que creo que en los últimos años se han abierto distintas variaciones y una gran puerta a la esperanza que es la Directiva Europea de 2014.

Y me centro en ello. Sí que creo que es una directiva que anima a una perspectiva holística que se centra en la calidad del producto y en los costes totales a lo largo del ciclo de la vida. No tanto en el coste de adquisición de un producto, sino decir qué impacto en salud, es decir, qué resultado en salud va a tener ese producto farmacéutico, tecnológico, no sanitario, de la índole que sea, en el ciclo vital de un paciente con todas sus complejidades.

C. MUR: "NO TENEMOS BUENOS INDICADORES QUE SEPAN MEDIR LOS RESULTADOS EN SALUD. NO LOS GENERAMOS POR DISTINTAS CUESTIONES, CON LO CUAL NO LOS PODEMOS COMPARAR"

Evidentemente, si la variabilidad clínica, que es algo que hay que asumirlo como normal, sigue siendo tan grande en determinadas intervenciones, siempre tendremos una gran dificultad para generar indicadores.

Información es una especialidad que registra una enorme variabilidad en la práctica clínica. Depende mucho del profesional, del centro donde trabaja, la escuela donde se ha formado, el hospital, comunidad autónoma, universidad a la que pertenece.

Pero si vamos a procedimientos que podemos medir mejor y cuyos resultados son realmente más cuantificables, también observamos que hay una gran variabilidad. Es una cifra sorprendente pero el ratio de complicaciones en pacientes ingresados por cirugía menor ambulatoria para cirugía de catarata puede tener hasta 36 puntos de variación en dichas complicaciones.

En el caso de las complicaciones pos-protección estamos llegando a nueve veces en las diferencias.

Y lo que sí que es cierto es que asumiendo esta variabilidad probablemente si incluimos una mayor participación tanto del proveedor, industria tecnológica o farmacéutica, pero sobre todo de la experiencia del paciente en el proceso de contratación, como habla la directiva europea, quizás ante todo hablaríamos más de una compra pública en la que estuviéramos licitando soluciones y no simplemente comprando productos.

La cuestión es que también hay que hacer, desde el punto de vista gestor, una llamada a la prudencia y al dimensionamiento del problema. Cuando hablamos del gasto sanitario asociado a productos, estamos hablando del 10-15% del gasto sanitario total por mucho que el gasto en farmacia nos preocupe mucho, que el gasto en compra de tecnología nos preocupe. Es el 10-15%. Tendremos que mirar bolsas de ineficiencia en la gestión de otros recursos.

Lo que sí que creo es que como siempre se dice, no hay que inventar la pólvora sino aprovechar la pólvora que otros han creado adecuadamente. Y sobre todo aprovechar de los errores de otros.

Delano Roosevelt decía siempre que hay que aprender de los errores de otros porque no viviremos suficientes años para cometerlos todos.

Pero ante todo aprovechemos la pólvora bien inventada. Y vamos a ejemplos de compra pública, desde luego innovadora, colaborativa, en la que se ha incluido la opinión de proveedores y de pacientes.

Me voy a Suecia una vez más, Instituto Karolinska, año 2014. Lanzan un macro-contrato para 14 años para compra de resonancia magnética y TAC y PEC-TAC. El propio título, la nomenclatura de esa compra pública indicaba mucho de lo que estaban hablando. No hablaba de compra de equipos de imagen, hablaba de servicios de imagen. Qué importante es esto.

Por qué. Porque dentro de la compra pública en el pack incorporado para el licitador hablaba de grupos de colaboración con pacientes expertos. De incluir el mantenimiento de los aparatos, todas las actualizaciones, escuchar a los profesionales y poder hacer el up-grade con ellos. Unas cuestiones que van mucho más allá.

Noruega, 2015, de nuevo estamos en Escandinavia. Un pliego enorme para nutrir a los principales hospitales de Oslo y de Bergen de catéteres intravenosos. En el pliego incluyen dos condiciones que se han elaborado.

Uno, gracias a la encuesta de satisfacción de pacientes, cuál dolía más, qué número de flebitis hemos tenido y de profesionales. Las personas de enfermería opinaban sobre qué catéter es más fácil en su uso diario.

SANIFAX

FORO DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EN LA UIMP DE SANTANDER

C. MUR: "DE NADA SIRVE ESTRATIFICAR A CASI 6 MILLONES Y MEDIO DE PACIENTES DE UNA CC.AA. POR VARIABLES DE CRONICIDAD SI NO LO VOLCAMOS EN UNA ESTRATEGIA EN EL TERRENO"



Canadá, 2014. Concurso de marcapasos en Ontario, precisamente, como hablábamos ahora. Se incluyó un acuerdo de riesgo compartido que incluía la opinión de la Sociedad de Cardiología Canadiense, de los profesionales del servicio de Cardiología y sobre todo una clausula y un acuerdo de riesgo por el cual el proveedor asumía una cuestión muy lógica. Oiga, si el mayor riesgo y me pueden corregir si me equivoco, de un marcapasos es el tiempo de duración de su batería —que aproximadamente en esos momentos estaba en siete u ocho años— y su aparato no lleva siete años en el mercado, quién me garantiza a mí que cuando cumplan esos siete años no voy a tener problemas.

Vamos a llegar a un riesgo compartido y si está usted tan seguro que esto efectivamente funciona vamos a pactarlo entre los dos. Fue el más exitoso concurso de la historia de Canadá en los últimos diez años por el número de ahorro que se consiguió.

En definitiva, creo que también es una compra que no solo nos va a ayudar a los gestores, los profesionales clínicos, sino también a transformar la propiedad de la industria.

Cuando hablamos de medir resultados en salud que precisamente son complicados porque hay una gran variabilidad, y asociamos que realmente hay que incorporar la experiencia del paciente y cerraremos la mesa precisamente con eso, cuántos realmente lo hacen. (...)

"QUIZÁ LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE VA EN VARIABLES DISTINTAS DE LAS NUESTRAS. LO QUE LE IMPORTA ES LA ATENCIÓN Y CUIDADO Y NO TANTO EL LLEGAR A UNA CIFRA DETERMINADA"

Quizá la experiencia del paciente vaya en variables distintas a las que a nosotros nos preocupan. Es decir, lo que le importa realmente es la atención y cuidados en el lugar y en el tiempo adecuados, no tanto el llegar a una cifra determinada.

Ninguna decisión de mí sin mí, que decía Albert Jovell, el fundador del Foro Español de Pacientes, médico y paciente, con muchísima razón. Es decir, si no incluimos como la escala (...) que destinaron en Deusto o los resultados expresados por paciente, los previsores de resultados en salud expresados por lo que es el paciente, incluyendo variables como la confortabilidad de la habitación en el ingreso, cómo ha sido la alimentación, cómo ha sido la amabilidad, la información recibida, el trato por el profesional sanitario. Ese indicador en salud va a estar incompleto y evidentemente nos quedaremos muy cortos.

Y por supuesto cuando hablamos de indicadores en salud incluíamos a todos los profesionales sanitarios. Añadamos resultados en salud sensibles a la práctica enfermera. Hay un estudio que hizo la comunidad valenciana hace unos años, el Atenea, que fue un proyecto realmente interesante. Porque incorporada una génesis de indicadores acerca de la notificación de eventos adversos, efectos secundarios a fármacos, úlceras por presión, índice de caídas por unidades de hospitalización y que dio lugar a una auténtica mejora.

Porque aquí sí que querría dejar una segunda frase también vehemente. El hecho de generar indicadores, medir, y estratificar si luego no hacemos nada con esa colección de datos son los foros intelectuales estériles.

De nada sirve, y es una crítica en la que me incluyo, colectiva, estratificar a casi seis millones y medio de habitantes de una comunidad autónoma por variables de cronicidad, si eso luego no lo volcamos en una estrategia en el terreno.



CARLOS MUR: "YO NO PUEDO COMPARAR MI HOSPITAL CON EL HOSPITAL DE TOLEDO, Y EN ESE SENTIDO ESTAMOS PERDIENDO UNA GRAN OPORTUNIDAD"

La OCDE ha generado muchísimos indicadores de calidad en cuidados y también en tratamientos médico-quirúrgicos. Y trata, evidentemente, el añadir a los indicadores en salud el impacto de los factores no sanitarios. Hay un ejemplo paradigmático, en España nos vanagloriamos del buen funcionamiento y sostenibilidad de nuestro sistema porque en el fondo solo empleamos en torno al 6% de nuestro producto interior bruto en gasto sanitario.

En Estados Unidos, referente para muchos y me incluyo al haber trabajado dos años allí, es el 17%. Y sin embargo los resultados en salud objetivables no son mayores en determinados estratos de la población, especialmente en la atención a la cronicidad. Por qué. Hay muchas razones, evidentemente. Pero una fundamental es el tratamiento de los factores de riesgo determinantes de salud sociales.

Estados Unidos dedica a gasto social la décima parte que España distribuido en gasto estatal, autonómico y municipal. Y ese es un factor evidentemente importante.

Claro, en definitiva, son preguntas que surgen cuando hablamos de indicadores y resultados en salud en el cual gestores clínicos, pacientes, queremos medir para mejorar. Pero probablemente encontremos respuestas distintas y creo que el debate posterior a la mesa tiene que ser muy interesante.

Porque por ejemplo si preguntáramos cuál es el estado de salud de la población, daríamos respuestas distintas, según la perspectiva de cada uno. Cómo funciona el sistema o desempeña en relación con las necesidades de salud de la población. ¿Realmente está diseñado en torno a ello? Cuál es el rendimiento y valor del sistema. Si no tenemos indicadores precisos no podemos contestarlo.

Tenemos una gran cantidad de indicadores actuales que son en cuanto a resultados muy útiles. En promoción de la salud, tasas de prevalencia en la diabetes y en la obesidad, la actividad física de la población, en cuanto a medicina preventiva, el screen prenatal del VIH, el ratio de neonatos de bajo peso, la vacunación contra la influenza en grupos de riesgo.

En tasas de diagnóstico y tratamiento. Tasas de reingreso por insuficiencia cardiaca congestiva, por esquizofrenia, por EPOC, tasas de supervivencia al carcinoma de mama al colorrectal. Datos e indicadores de seguridad del paciente, porcentajes de traumas obstétricos.

Pero en definitiva, aunque podemos establecer muchas recomendaciones sobre indicadores de resultados en salud desde el punto de vista epidemiológico, tendremos que pensar para qué.

Dichas recomendaciones, lo afirman todos los preventivistas, irían desde luego a una cuestión insoslayable que todos comentamos, la mejora de las bases de datos administrativas. Hablamos de Big Data, de ciencias de datos y sin embargo no son operables estos datos. **Yo no puedo comparar mi hospital con el hospital de Toledo, como bien decía el profesor Díaz Rubio, con el hospital vecino. Y en ese sentido estamos perdiendo una gran oportunidad.**

Tenemos, evidentemente que utilizar métodos más efectivos en la identificación individual de pacientes, sobre todo en el flujo de la historia clínica de dicho paciente entre comunidades autónomas.

Identificar de forma óptima los diagnósticos presentes al ingreso y cuál es el problema real. Pero una cifra que creo que es realmente un punto de partida muy malo para caminar hacia el futuro con un poco de optimismo. El impacto de indicadores de resultados en salud hasta ahora ha debido de ser muy poco tenido en cuenta. Porque a día de anteayer, 2016, tan solo el 75% de los pacientes de la OCDE contamos con datos sobre la supervivencia del cáncer, datos fiables. Solo el 69% sobre infección de herida quirúrgica. Y ojo a esto, solo el 38% sobre el porcentaje de pacientes diabéticos insulino dependientes bajo control.

CARLOS MUR: "SÓLO LA GÉNESIS DEL VALOR ES LO QUE NOS CAMBIARÁ EL SISTEMA SANITARIO"

Si la situación es mala también tendremos que prever cómo empujar esta situación hacia la mejora. Para qué generar indicadores. Sobre todo para generar valor.

Y por qué. Porque solo la génesis de valor es lo que nos cambiará el sistema sanitario. Si no tenemos en cuenta un sistema sanitario que pivote sobre la génesis de valor y no sobre la mera provisión de un producto, un servicio sanitario y que eso incluso tiene que cambiar la forma de financiación. El value based healthcare versus pay for services, que que dicen los del Boston Consulting Group.

Y con mucha razón, porque realmente no cumpliremos con nuestra función de sistemas si no llegamos a ello.

Y unas breves palabras para continuar sobre lo qué es el valor. También es una definición que varía mucho depende de quien lo diga, el gestor, es profesional o el paciente. La definición clásica de Michael Porter que todos conocemos de valor es, efectivamente, los resultados en salud en el numerador partido por los costes que conlleva a llegar a ese resultado.

Claro, el problema es que las perspectivas diferentes nos obligan a enunciados diferentes. Esto de valor, hablamos de lo que se genera en el tratamiento de una condición médica concreta en un paciente o de cómo es su salud a largo del ciclo vital. Esto de valor exactamente, ¿es un dato concreto, es una tasa de supervivencia o es algo más complejo que implica a todos los aspectos de la vida? Salud en todas las políticas que decía Boi Ruiz, el anterior conseller de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Claro, si realmente deberíamos organizar esto del valor en torno a unidades de práctica del paciente, en todo su recorrido, entre Primaria y Hospitalaria y eso, perdóneme lo digo como gestor, salvo en aquellas comunidades en donde existe áreas de gestión integradas, las OSIS del País Vasco vecino, por ejemplo, no podemos saberlo.

Yo no sé cuánto le está costando Primaria en mi área de actuación de la Comunidad de Madrid este paciente con EPOC. Sí que puedo saber y más o menos cuánto nos cuesta nosotros. Insisto, más o menos.

Pero claro, como bien dice el Journal Participated Medicine, esto de valor para los pacientes qué es y lo vamos a escuchar al finalizar la mesa. Exactamente cuáles son esos factores de higiene que realmente importan a un paciente, los que he comentado previamente. El ser escuchado, el recibir una información adecuada, el enseñar una actitud compasiva, el tener una gran accesibilidad rápida y eficaz al sistema de salud, citaciones, luchar contra las demoras, contra las listas de espera quirúrgicas.

Porque todo esto de la eficiencia, la equidad, los conflictos de intereses, porcentajes del PIB dedicado, coste directo de adquisición de un producto. Créanme, a quien está en la mesa de quirófano con una prótesis de cadera por poner le importa bastante poco en aquel momento. Al fin y al cabo todos estaremos en algún momento en esa situación, no lo olvidemos.

Hay varios libros que hablan en la actualidad de la opinión del paciente que creo que merece la pena. El que más me ha gustado a mí este verano es "El paciente le verá ahora" "*The patient will see you now*" de Eric Topol que realmente nos coloca a los médicos y a los gestores en el otro lado de la mesa.

Esa frase típica de "El doctor le verá ahora". Ese ahora puede ser evidentemente 60 o 90 minutos en la sala de espera.



FORO DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EN LA UIMP DE SANTANDER

CARLOS MUR: "PARA EL PROFESIONAL VA A SER FUNDAMENTAL PUBLICAR LOS RESULTADOS EN SALUD ENTRE PROFESIONALES"

*** "ESTÁ DEMOSTRADO QUE EL ORGULLO CORPORATIVO AUMENTA CUANTO MÁS TRANSPARENTE SE ES A NIVEL INTERNO"**

Y sobre todo creo que realmente tendríamos que incluir todas estas medidas desde el lado del paciente que tiene que ser en cuanto a la satisfacción, en cuanto a la prueba y ensayo de determinados productos y sobre todo una definición o una aproximación que me atrevo hacer a la definición de valor para el paciente.

Cuando hablamos de valor para el sistema es una cosa. Hemos visto que es una cosa sencilla, numerador-denominador. Si hablamos para un paciente, usuario, ciudadano, llamémoslo como queramos, va a ser mucho más complejo.

Porque el ciudadano, el paciente atendido en el sistema nos va a preguntar qué me van a hacer, cómo y por qué. Y ese el qué, el cómo y el por qué para el paciente es distinto que para el clínico, indudablemente.

En mi opinión, en el numerador cuando hablamos de valor para el paciente estarían, los resultados en salud o las soluciones que me aplican como pacientes, sería el qué. La calidad de la experiencia del paciente, sería el cómo y por acabar el numerador serían las emociones, la imagen corporativa o la sensación global que me ha dado el diagnóstico clínico, el por qué.

En el denominador sí que hablamos de costes, ya, pero no estamos hablando sobre precio. El precio es un concepto muy reduccionista. Sería el precio, sí, claro, el precio de lo que se ha utilizado, material fungible de quirófano, costes directos de recursos humanos, costes directos asociados a la hospitalización.

Pero añadiría también en el cómo, cómo ha sido el acceso a ese coste. ¿O va a tener la misma percepción una persona que ha sido intervenida de esa cadera a los dos meses o a los dos años? Evidentemente no. Porque la calidad de vida que ha tenido durante este tiempo de espera ha sido notablemente peor.

Pero es que en el denominador habría que añadir una cuestión que ahora se mide mucho pero antes poco, los riesgos. Los riesgos que evidentemente competen al clínico valorar pero que lamentablemente le tocan al paciente sufrir. Porque por otra parte tenemos aquello de la definición del valor para el sistema. Pero tampoco tenemos muy en cuenta qué es valor para el profesional que provee ese servicio. Valor para el empleado, si queremos, del sistema. Y eso somos todos.

El qué, el numerador para el profesional, sería salario, beneficios, incentivos, el valor venal del dinero. El cómo, sería la calidad del lugar y de la institución para la cual uno trabaja.

Todos esos factores también difieren el puesto de trabajo. Y el por qué, la capacidad para llegar a unos determinados resultados.

En el denominador hablaríamos de los costes para el profesional, que no le va a preocupar el precio de la adquisición de la prótesis de cadera pero sí el tiempo que estoy en el quirófano interviniéndola, el esfuerzo y los riesgos que asumo y mi labor o praxis clínica.

En definitiva, para el profesional va a ser fundamental publicar los resultados en salud entre los profesionales. Porque además la sensación corporativa o el orgullo corporativo de trabajar en una institución, eso está muy demostrado aumenta proporcionalmente cuanto más transparente se es a nivel interno en una organización pública dando los resultados.

Y la cuestión es cuánto estamos haciendo en este tipo de inversiones. Cuánto tenemos en cuenta al profesional de base y cuánto tenemos de base ante todo a la experiencia del paciente. Y sin más, muchísimas gracias, y continuamos.

* COTIZACIONES DE LAS 25 EMPRESAS "TOP" DE LA SANIDAD O RELACIONADAS CON EL SECTOR, EN LAS BOLSAS DEL MUNDO

Del 08 al 15 de septiembre de 2017.

Compañía	Bolsa	Cot. Cierre Viernes 8	Cot. Cierre Viernes 15	Moneda
Abbott	Nueva York	52,02	51,76	Dólares
Caixa Bank (Adeslas)	Madrid	4,16	4,32	Euros
Abbvie	Nueva York	85,34	87,37	Dólares
Almirall	Madrid	9,63	9,50	Euros
Amgen	Nueva York	180,64	187,47	Dólares
Astra Zeneca	Londres	4.790,00	4.719,50	Peniques
Bayer	Madrid	109,30	109,30	Euros
Bristol	Nueva York	62,62	62,48	Dólares
Celgene	Nueva York	140,50	142,04	Dólares
Centene (Ribera Salud)	Nueva York	89,54	95,98	Dólares
Muench Rueck Seguros DKV	Frankfurt	169,22	175,50	Euros
Teva	Nueva York	15,50	18,10	Euros
GlaxoSmithKline	Londres	1.494,00	1.454,00	Peniques
Grifols	Madrid	24,44	23,78	Euros
Johnson & Johnson	Nueva York	130,98	134,45	Dólares
Eli Lilly	Nueva York	82,92	82,44	Dólares
MAPFRE	Madrid	2,82	2,87	Euros
Merck (MSD)	Nueva York	64,27	66,16	Dólares
Novartis	Zurich	81,00	82,40	F. Suizo
Pfizer	Nueva York	34,10	35,36	Dólares
Reig Jofre	Madrid	2,70	2,70	Euros
Roche I	Zurich	248,00	242,40	F. Suizo
Rovi	Madrid	16,02	16,47	Euros
Sanofi-Aventis	Paris	82,21	81,37	Euros
Merck KgaA	Frankfurt	95,83	96,87	Euros
Shire Pharm	Londres	4.037,50	3.919,00	Peniques
PharmaMar	Madrid	3,71	3,56	Euros

--> COMENTARIO.- NUEVA SEMANA DE SUBIDAS EN EL IBEX DE LA SANIDAD.- UNA SEMANA MÁS, CONTINUAN LAS SUBIDAS DE LOS GRANDES VALORES DE LA SANIDAD, COMO ASÍ LO REFLEJAN LAS EXPERIMENTADAS POR **CAIXA BANK (ADESLAS), ABBVIE, AMGEN, CELGENE, CENTENE (RIBERA SALUD), MUENCH-RUECK (DKV SEGUROS), TEVA, JOHNSON & JOHNSON, MAPFRE, MERCK (MSD), NOVARTIS, PFIZER, ROVI Y MERCK-KGAA**. BUENA SEMANA TAMBIÉN PARA **BAYER, BRISTOL MYERS SQUIBB Y REIG JOFRÉ**, QUE HAN MANTENIDO SUS COTIZACIONES PRACTICAMENTE INALTERADAS RESPECTO A LA SEMANA ANTERIOR. MALAS NOTICIAS PARA **GSK**, YA QUE EN EL ÚLTIMO **CISMED** DEL MES DE AGOSTO, ELABORADO POR EL CONSEJO GENERAL DE FARMACÉUTICOS, SE RECOGE QUE MÁS DE 800 OFICINAS DE FARMACIA SUFREN DESABASTECIMIENTO DE **BEXSERO**. UNA SITUACIÓN QUE SE ARRASTRA YA DESDE HACE MUCHÍSIMAS SEMANAS Y QUE NO PARECE QUE VAYA A REVERTIRSE A CORTO PLAZO.

Las cotizaciones se han obtenido de finanzas.com, invertia.com, yahoo.es y del Financial Times.

EL PUNTO

El 1-O golpea de lleno a la Sanidad

SERGIO ALONSO



El referéndum del 1-O en Cataluña ha desatado todas las alarmas en la Sanidad. Aunque los principales próceres del sector descartan que la desconexión vaya a producirse, tanto ellos como las instituciones, corporaciones y/o las empresas a las que representan son muy sensibles a los vaivenes políticos que se produzcan en esa comunidad, un feudo en el que la Sanidad echó profundas raíces hace años. En Cataluña, por ejemplo, radica prácticamente toda la industria farmacéutica nacional y también un buen número de multinacionales vinculadas con el medicamento. Cataluña es también la base en la que se asienta parte de la industria de la tecnología sanitaria, y sus colegios profesionales son determinantes en el resultado de la lucha de poderes que se reproduce asiduamente en los consejos oficiales de Médi-

El referéndum pone en alerta los profesionales y a una industria sanitaria muy arraigada en Cataluña

cos, Farmacéuticos y de Enfermería. Cataluña acoge, asimismo, hospitales señeros –algunos viven de los réditos del pasado– y nutridos especialistas que lideran sociedades científicas y participan en múltiples ensayos clínicos que se ramifican por el país. Para todos, la desconexión resultaría terrorífica. No está claro que las empresas se fueran, pero muchas sí trasladarían su domicilio a Madrid, aunque conservarían fábricas y centros de decisión en Cataluña. Los médicos, por su parte, sufrirían una merma de subvenciones públicas y privadas. ¿Y la Agencia Europea del Medicamento? Difícil, muy difícil que viniera.

EL SEMÁFORO

Clece Social convoca la III Edición de los Premios Compromiso

CRISTÓBAL VALDERAS
Presidente de Clece

Clece Social ha convocado la III Edición de los Premios Compromiso, que buscan reconocer e impulsar iniciativas sociales de ayuda a colectivos desfavorecidos. En esta ocasión, los galardones están centrados en la violencia de género a través de tres categorías: Premio al Mejor Proyecto Social relacionado con mujeres víctimas de violencia de género realizado por entidades sin ánimo de lucro; Premio al autor del Mejor Trabajo

Periodístico relacionado con la violencia de género y Premio Especial del Jurado a la Personalidad más relevante en la lucha contra la violencia de género. La recepción de las candidaturas está abierta hasta el 20 de septiembre.

Nuevo presidente y consejero delegado de TEVA

KARE SCHULTZ
Presidente y CEO de TEVA

TEVA Pharmaceutical Industries ha nombrado a Kåre Schultz presidente y consejero delegado de la compañía. Con más de 30 años de experiencia en el mercado sanitario mundial, Schultz tiene un historial de éxito en implantar estrategias de cambio en el sector.

María Codesido se incorpora al Grupo Vithas

MARÍA CODESIDO
D. dpto. Intern. Grupo Vithas

Con una extensa trayectoria profesional, la exgerente del Hospital Puerta de Hierro y del Hospital Gregorio Marañón de Madrid se incorpora al Grupo Vithas con el objetivo de dirigir su departamento internacional.

Roche, la empresa más sostenible del sector de la salud por noveno año consecutivo

SEVERIN SCHWAN
CEO de Roche

Por noveno año consecutivo, Roche ha sido reconocida como la empresa líder en sostenibilidad dentro del grupo «Industria farmacéutica, Biotecnología y Ciencias de la vida» de los Índices de Sostenibilidad Dow Jones (DJSI), que analizan los aspectos económicos, sociales y medioambientales de las empresas. «Estamos muy orgullosos de que nuestros esfuerzos en favor de la sostenibilidad se vean reconocidos una

vez más –afirma Severin Schwan, CEO de Roche–, pues «una de nuestras prioridades en sostenibilidad es dar acceso a la atención sanitaria. Y esto es posible únicamente si nuestra innovación llega a quienes de verdad los necesitan».

Clínicas Zurich creció un 47% en el segundo trimestre del año

BELÉN HERRANZ
Vicepta. Grupo Clínicas Zurich

El Grupo Clínicas Zurich, especializado en la medicina estética y neotecnología plástica, ha concluido el segundo trimestre del año con un incremento de facturación del 47% frente a lo alcanzado en el mismo periodo del ejercicio anterior.

Nace el Instituto de Investigación Sanitaria HM Hospitales

JUAN ABARCÁ CIDÓN
Presidente HM Hospitales

Bajo el paraguas de HM Hospitales, la Universidad Politécnica de Madrid y la Universidad CEU San Pablo nace el Instituto de Investigación Sanitaria HM Hospitales, una nueva institución que ve la luz con una clara vocación de excelencia científica.

EN BUENAS MANOS

Cáncer de cuello uterino

DR. BARTOLOMÉ BELTRÁN



Las pruebas para detectar el cáncer de cuello uterino deben comenzar a partir de los 21 años de edad. Como señala el doctor Javier Román, director médico asistencial del Instituto Oncológico Baselga y responsable de la Unidad de Oncología Médica del Hospital Ruber Internacional de Madrid, las mujeres entre los 21 y los 29 años de edad deberán hacerse una prueba de Papanicolaou cada tres años. La prueba del Virus del Papiloma Humano (VPH) no debe emplearse para este grupo de edad, salvo que sea requerida tras un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou.

Entre los 30 y 65 años de edad deberán hacerse una prueba de Papanicolaou junto con una prueba del VPH (referido como «prueba conjunta») cada cinco años. Este es el enfoque preferido, aunque está bien hacerse una prueba de Papanicolaou sola cada tres años.

«A los 21 años deben comenzar las pruebas de detección»

Las mujeres mayores de 65 años de edad que se hayan sometido a exámenes regulares de detección de cáncer de cuello uterino en los últimos 10 años con resultados normales no deben someterse a pruebas de detección del cáncer de cuello uterino. Una vez que se hayan suspendido las pruebas, no se deben volver a comenzar. Las mujeres con un historial de pre-cáncer grave de cuello uterino deben continuar realizándose las pruebas durante al menos 20 años después de dicho diagnóstico, aun cuando se sigan realizando después de cumplir los 65 años.

Toda mujer que haya sido vacunada contra el VPH deberá continuar las recomendaciones sobre las pruebas de detección para su grupo de edad.

PUBLICACIÓN VERDE

endesa

CORTINA DE HUMO SOBRE EL CAMBIO CLIMÁTICO
JAMES HOGGAN; RICHARD LITTLEMORE
19,95 € / 260 PÁGINAS / LIBROBOOKS

La editorial presenta el último título de su trilogía de ensayos sobre el cambio climático firmados por analistas de prestigio mundial. Si «Seis grados», de Mark Lynas, describía los cambios físicos que el calentamiento global provocaría en el planeta Tierra, y «Guerras climáticas», de Gwynne Dyer, alertaba sobre sus peligrosas consecuencias geopolíticas, «Cortina de humo sobre el cambio climático» levanta el velo que oculta las maniobras de propaganda del movimiento «negacionista». Un libro crucial y necesario que expone las estrategias, tácticas y personajes que se esconden tras la falsa controversia generada alrededor del cambio climático.

ATU SALVD

Presidente: **Mauricio Casals** • Vicepresidente: **Joaquín Parera** • Director: **Francisco Marhuenda** • Director adjunto: **Sergio Alonso** • Salud y Ciencia: **Pilar Pérez, Eva S. Corada** • Alimentación: **Raquel Bonilla** • Verde: **Eva M. Rull** • Director de Arte: **Carlos Catalán**. Maquetación: **Nuria Blanco** y **Noelia Lázaro** • Fotografía: **Cipriano Pastrano** y **Connie G. Santos** • Edición Gráfica: **Juan R. Puyol** y **Sandra R. Poveda** • Preimpresión: **Rogelio González** • AUDIOVISUAL ESPAÑOLA S.A. Pte. Consejo de Administración: **Santiago Barrero** • Subdirector General: **Andrés Navarro** • Directores: **Miguel Ángel García Palomares (Técnica)** • **Álvaro Aguirre (Financiero)** • **Rafael López (Marketing promocional)** • **Noemí Herruela (Distribución)** • **Monty Parera (Cataluña)** • **Javier Pérez Parra y Manuel Torres (Publicidad)** ISBN: M-19813-2013

The logo for SANIFAX, consisting of the word "SANIFAX" in white, bold, uppercase letters on a red rectangular background.

LAS ELECCIONES DEL COM DE ZARAGOZA, AL ROJO VIVO...

*** LA PRESIDENTA CONCHA FERRER Y EL SECRETARIO ALFREDO GAUDES, HASTA HACE POCO "UÑA Y CARNE", SE PELEAN Y SE PRESENTARÁN POR SEPARADO EN DIFERENTES CANDIDATURAS**

EL PRÓXIMO JUEVES A LAS 19H SE CIERRA EL PLAZO DE CANDIDATURAS PARA LAS ELECCIONES DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE ZARAGOZA, PROGRAMADAS PARA EL MIÉRCOLES DÍA 25 DE OCTUBRE. EL DE ZARAGOZA ES UNO DE LOS COLEGIOS MÁS RELEVANTES DE LA OMC, CON UNA INTENSA ACTIVIDAD. Y POR ESO SUS COMICIOS TIENEN MUCHO INTERÉS. SOBRE TODO PORQUE, COMO ADELANTÓ SANIFAX LA PASADA SEMANA, SE FORJA UNA GRAN DIVISIÓN EN LA ACTUAL JUNTA DIRECTIVA, QUE SE HA HECHO REALIDAD. Y QUE HARÁ QUE SUS MIEMBROS SE DIVIDAN EN DOS CANDIDATURAS.

1.- LA PRESIDENTA Y EL SECRETARIO, DISTANCIADOS, SE PRESENTARÁN POR SEPARADO

EL COLEGIO TIENE UNA JUNTA AMPLIA, PERO LAS DOS CARAS MÁS VISIBLES SON SU PRESIDENTA, LA OFTALMÓLOGA CONCHA FERRER; Y EL SECRETARIO, ALFREDO GAUDES, DE LA CLÍNICA MONTPELLIER (HLA ASISA). HASTA HACE MENOS DE UN AÑO, AMBOS ERAN INSEPARABLES. JUNTOS FORJARON LA "ALIANZA TRANSPIRENAICA" CON LOS COLEGIOS MÉDICOS VASCOS Y FRANCESES. JUNTOS ACUDIAN A LOS ACTOS EN MADRID. Y JUNTOS SE CONVENCIERON DE QUE CONCHA FERRER PODRÍA SER LA NUEVA VICEPRESIDENTA DE LA OMC EN LAS ELECCIONES DE HACE UN AÑO. PERO FUE ENTONCES CUANDO EMPEZÓ SU MALA RELACIÓN. AQUELLOS COMICIOS LOS GANÓ EL VOCAL JAVIER FONT (PARA MÁS "INRI", TAMBIÉN ARAGONÉS), Y CONCHA FERRER OBTUVO POQUÍSIMOS VOTOS. DESDE ENTONCES YA NADA FUE IGUAL. Y LA HERIDA HA TERMINADO POR ABRIRSE EN CANAL.

2.- CONCHA FERRER, CON ANTONIO CABALLERO Y BELÉN LOMBA EN SU EQUIPO

AUN QUEDAN ALGUNOS PUESTOS POR CERRARSE, PERO A DÍA DE HOY SANIFAX PUEDE CONFIRMAR QUE CONCHA FERRER OPTARÁ A LA REELECCIÓN CON ANTONIO CABALLERO COMO VICEPRESIDENTE (UN GRAN HOMBRE, MUY QUERIDO Y QUE PUEDE SACARLE MUCHOS VOTOS) Y CON LA HOY VOCAL BELÉN LOMBA, MÉDICO DE PRIMARIA, COMO SECRETARIA. ESAS SERÁN LAS TRES CARAS MÁS VISIBLES. CONCHA FERER LLEVA MUCHOS AÑOS EN EL COLEGIO Y FUE VICEPRESIDENTA CON ENRIQUE DE LA FIGUERA, QUE PERDIÓ CONTRA ELLA EN 2013. 4 AÑOS DESPUÉS, AHORA ELLA PODRÍA SUFRIR PERSONALMENTE LA MISMA SITUACIÓN, INCLUÍDAS LAS MISMAS "JUGADAS SUCIAS" QUE DE LA FIGUERA SUFRIÓ ENTONCES. Y QUE POR LO QUE SEA NO QUISO SACAR A LA LUZ...

2.- JUAN ALBERDI, NEUROCIRUJANO DEL SERVET, LIDERA LA CANDIDATURA OPOSITORA

POR LA OTRA PARTE, SIEMPRE SE HABÍA HABLADO DE QUE EL SINDICATO MÉDICO PREPARARÍA UNA CANDIDATURA. Y FINALMENTE ASÍ HA SIDO. SU LÍDER, LEANDRO CATALÁN, LA HA CERRADO CON ÉL COMO VICEPRESIDENTE. EL SECRETARIO ACTUAL, ALFREDO GAUDES, ENTRA EN ELLA TAMBIÉN COMO SECRETARIO JUNTO CON ALGUNOS MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA. Y COMO PRESIDENTE, HAN ENCONTRADO A UN HOMBRE DE MUCHO PRESTIGIO: EL JEFE DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET, DR. JUAN ALBERDI, UN HOMBRE DE ENORME TRAYECTORIA Y CON UN PERFIL Y PREPARACIÓN QUE HACE MUCHO TIEMPO QUE NO SE VEÍAN EN UN POSIBLE PRESIDENTE, NI EN ZARAGOZA NI EN OTROS MUCHOS COLEGIOS. ASÍ QUE LA "GUERRA" ENTRE AMBAS CANDIDATURAS ESTÁ SERVIDA. Y EN PRINCIPIO, AMBAS PARTEN MUY IGUALADAS...

POR OTRO LADO, EN ZARAGOZA SE DA POR DESCARTADO QUE NI ENRIQUE DE LA FIGUERA, PRESIDENTE HASTA 2013, NI JUAN ANTONIO ABASCAL, QUE FUE SECRETARIO, PRESENTEN ESTA VEZ CANDIDATURA. LO HICIERON EN LOS ANTERIORES COMICIOS SIN LOGRAR LA VICTORIA. Y SERÁN ESPECTADORES DE LUJO DE ESTA BATALLA ELECTORAL.

RICARDO DE LORENZO: "CERCA DEL 25º ANIVERSARIO, HOY MÁS QUE NUNCA TENEMOS EL DEBER DE SER UN MÁXIMO REFERENTE PARA QUE JURISTAS Y SANITARIOS DEBATAN Y ENFRENTEN SUS POSICIONES"

LOS DÍAS 19, 20 Y 21 DE OCTUBRE SE CELEBRA LA XXIV EDICIÓN DEL CONGRESO NACIONAL DE DERECHO SANITARIO. APROVECHANDO LA OCASIÓN, SANIFAX HA ENTREVISTADO A RICARDO DE LORENZO, PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE DERECHO SANITARIO, DONDE HA ADELANTADO ALGUNOS DE LOS ASUNTOS QUE SE ABORDARÁN EN EL CONGRESO

**→ Estamos ante la XXIV edición del Congreso de Derecho Sanitario. 24 años de actualidad en la especialidad. ¿Cómo será este año?**

→ Efectivamente, nuestro Congreso Nacional es el principal evento organizado por nuestra Asociación cada mes de Octubre, con la pretensión de que siga siendo el máximo referente de nuestra especialidad, por lo que intentamos siempre tratar los temas de máxima actualidad. En nuestro Congreso hay espacio para la interacción académica, para la comunicación entre investigadores y empresas, para la divulgación de la labor investigadora entre los especialistas, y también un apoyo a los jóvenes investigadores para desarrollar sus carreras científicas.

Próximos a cumplir nuestro 25º aniversario seguimos convencidos de que el progreso científico será vano si se queda en lo teórico, si no se estudia en la realidad y conjuntamente sanitarios y juristas, porque solo abordando científicamente el tratamiento de los temas cuando estos se producen, pueden afrontarse seria y serenamente sin perder de vista cualquier elemento aprovechable de las posiciones enfrentadas, que sin excepción tienen o van a tener en nuestro Congreso la oportunidad de exponerse y naturalmente de debatirse con sus opuestas.

→ Uno de los puntos fuertes del Congreso es sin duda su potente programa científico. ¿Qué personalidades está previsto participen en el encuentro?

→ Los ponentes invitados son todos ellos relevantes personalidades del mundo jurídico, académico y profesional. Es difícil destacar algunos nombres por encima de otros, Magistrados, Presidentes de Consejos Generales de Colegios Profesionales, Sociedades Científicas, Catedráticos y expertos de reconocido prestigio dentro del panorama científico nacional. Un año más SS. MM. los Reyes ostentan la Presidencia de Honor del Congreso y lo que sí les puedo confirmar, salvo causa de fuerza mayor, que contaremos con la Presidenta del Congreso de los Diputados, D^a Ana Pastor que inaugurará las tareas que se llevarán a cabo durante los días 19, 20 y 21 de Octubre, y será madrina de la VI Promoción del Master Universitario en Derecho Sanitario que nuestra Asociación imparte con la Universidad CEU San Pablo.

→ Como Presidente del Comité Organizador del Congreso ¿Cuáles son los principales retos a los que se ha enfrentado en el diseño de los tres días de Congreso?

→ Como siempre no ha sido fácil la tarea de organización de este Congreso, a pesar de la experiencia y menos en los tiempos que corren sobre la base de nuestra independencia, que concebimos como absoluta. Lo más complicado es como todos los años dar cabida a todas las propuestas de nuestro Comité Científico, ya que surgieron muchísimos temas de actualidad y no teníamos huecos suficientes para poderlas desarrollar, con lo que al final tuvimos que hacer una selección de las que nos parecieron que iban a ser más interesantes para los Congresistas. Otro gran reto fue intentar que en las distintas actividades del programa científico no se solaparan y repitieran temas. Hemos tenido una gran respuesta de todos los ponentes a los que les propusimos participación, esto ha sido facilitado en buena parte por la estructura de trabajo que desarrollamos en el Comité Organizador.

→ Este año dedican la conferencia inaugural al impacto que en la Medicina y el Derecho tendrá la U-Health, inteligencia artificial robótica y nanotecnología.

→ Asistimos a un momento en que la salud digital va a suponer un punto de inflexión para la humanidad. No solo en lo que se refiere a la innovación tecnológica, sino al hecho de que estas soluciones aparecen unidas a nuevas necesidades sociales en una época única en la historia.



EN OCTUBRE, NUEVA EDICIÓN DEL CONGRESO DE DERECHO SANITARIO

RICARDO DE LORENZO: "LA RETIRADA DE IMPORTANTES COMPAÑÍAS DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL A SERVICIOS DE SALUD ESTÁ GENERANDO INQUIETUD Y ALARMA. EL ASUNTO MERECE UN ANÁLISIS"

Los avances en computación, almacenamiento y procesamiento de datos, los teléfonos inteligentes, la nanotecnología... todas estas tecnologías han aparecido a la vez y permiten crear soluciones de telemedicina con las que nos vamos a poder monitorizar y controlar nuestra salud desde nuestra propia casa. El impacto de las Tecnologías de Información y Comunicación en sanidad son y serán en el futuro más decisivas en el desarrollo de la medicina y clave en la gestión de los pacientes, mejorando la calidad asistencial y desde el punto de vista jurídico, la seguridad. Cambiará el concepto de equidad y accesibilidad, al salvar las barreras tanto geográficas como políticas, económicas y administrativas. El Derecho Sanitario debe demandar una regulación jurídica que preste seguridad jurídica a esta transformación.

→ **La mesa de AMA este año está dedicada al Seguro de Responsabilidad Civil Profesional en el escenario actual, nuevos retos y perspectivas**

→ Efectivamente es este un tema de gran actualidad y obligado tratamiento en estos momentos. El escenario actual con la insostenibilidad del riesgo en los servicios públicos y su repercusión en los profesionales, como consecuencia por un lado de la aplicación desde hace un año del baremo de accidentes de tráfico, y por otra de la sorprendente retirada del baremo de daños sanitarios que había elaborado el Consejo Asesor de Sanidad y que, de acuerdo con las previsiones, iba a figurar como anexo de la Ley de Tráfico, junto a la elevación de las indemnizaciones está conllevando a que las aseguradoras de varios servicios de salud no hayan podido sostener un sistema de cobertura procediendo a su retirada.

El ejemplo más visible ha sido la retirada de importantes compañías como Zurich o Mapfre de un mercado en el que han sido líderes absolutos durante más de una década en el aseguramiento de la sanidad pública, lo que está generando como no puede ser de otra forma incertidumbre, inquietud e incluso alarma. Lo anterior, unido al incremento de las acciones de repetición dirigidas tanto por parte de las entidad aseguradoras de asistencia sanitaria, como por parte de los centros hospitalarios frente a los facultativos que, con la misma, tienen suscritas pólizas de responsabilidad civil profesional, junto a pronunciamientos jurisdiccionales contradictorios, hacen necesario analizar y evaluar técnicamente en esta mesa la doctrina jurisprudencial y la incidencia que en las pólizas de los profesionales puede tener esta situación.

"LA SOLUCIÓN EXTRAJUDICIAL DE CONFLICTOS EN EL ÁMBITO SANITARIO REPRESENTA UN FENÓMENO IMPARABLE AL QUE CADA VEZ RESULTAN MÁS SENSIBLES LOS PROPIOS JUECES"

El análisis de la doctrina respecto del devengo y cuantía de los intereses moratorios previstos en el artículo 20 de la Ley del Contrato de Seguro y el estudio de cuestiones controvertidas en el seguro de responsabilidad civil y penal configuran una mesa relevante y de máximo interés jurídico. Serán ponentes de la misma el Magistrado y Presidente de la Sala 1ª del Tribunal Supremo, así como el Magistrado de la Sala 2ª Excms. Sres. Marín Castán y Del Moral, junto al Catedrático de Derecho Civil Dr. Bello Janeiro y el Profesor de Derecho y especialista en Derecho de Seguros Sr. Ruiz Echauri.

→ **Vemos que nuevamente tratan el tema de la solución extrajudicial de conflictos en el ámbito sanitario.**

→ En el conjunto del sistema sanitario y especialmente en el sector público se producen a diario reclamaciones por parte de los pacientes y de sus familias cuya resolución por vía judicial está revestida de incertidumbre en el tiempo de tramitación y en las cuantías indemnizatorias. El Servicio Madrileño de Salud (Sermas) ha incorporado en los pliegos de contratación de su seguro de responsabilidad sanitaria una cláusula novedosa, como la de contar con un "servicio de coordinación de conflictos", que permita de forma alternativa a la judicial dirimir una reclamación por un daño sanitario. Este servicio deberá cumplir con los criterios de "voluntariedad, imparcialidad, neutralidad y confidencialidad".



EN OCTUBRE, NUEVA EDICIÓN DEL CONGRESO DE DERECHO SANITARIO

RICARDO DE LORENZO: "LA REGULACIÓN DE LA CONTRATACIÓN PÚBLICA EN ESPAÑA SE HA QUEDADO OBSOLETA Y REQUIERE UNA PROFUNDA TRANSFORMACIÓN PARA UNA MAYOR TRANSPARENCIA"



El fin es intentar conseguir una reducción de gastos, prevención, eficacia y rapidez en la solución del problema. Si a ello se le añade que este tipo de resolución de conflictos no cierra la puerta al paciente para demandar a la Administración en vía judicial, hace necesario su estudio, ver los resultados que se hayan obtenido hasta ahora y compararlos con otras experiencias como la llevada a cabo en la Comunidad Autónoma de Murcia. La solución extrajudicial de conflictos en el ámbito sanitario representa hoy un fenómeno imparable al que cada vez resultan más sensibles los propios jueces, convirtiéndose en máxima actualidad. Estos mecanismos de resolución de conflictos aparecen ante la sociedad y los poderes públicos como una poderosa herramienta para evitar el recurso a la demanda judicial, ya que ésta es más costosa, larga y, en la mayoría de las ocasiones, insatisfactoria, cuando menos para una de las partes.

→ **Las nuevas tecnologías tienen un apartado especial este año en dos mesas una dedicada a nuevo reglamento europeo de protección de datos y otra a la receta privada electrónica y el entorno digital de la Farmacia.**

→ La gestión de la sanidad en el siglo XXI va a venir marcada, como indicaba al principio, por la utilización de nuevas herramientas tecnológicas, que aportan mayor agilidad, mejor calidad en la información y, por tanto, un mejor servicio a los pacientes, al mismo tiempo las nuevas tecnologías permitirán difundir con gran eficacia propuestas y medidas para fomentar hábitos saludables y, en general, ampliar una educación que contribuya a promover la salud de los ciudadanos. En todo caso, la utilización de estas nuevas tecnologías tendrán que ser respetuosas con los derechos de privacidad y de confidencialidad de los pacientes.

"LA RECETA ELECTRÓNICA PÚBLICA Y PRIVADA EN LAS FARMACIAS ES FUNDAMENTAL"

El vigente Reglamento Europeo de Protección de Datos fue aprobado el pasado 27 de abril de 2016. No obstante, a pesar de su aprobación y consecuente entrada en vigor, su contenido no será de aplicación hasta el próximo 25 de mayo de 2018. Ante la inmediatez de esta fecha, no cabe ignorar problemas de distinto tipo que condicionan la utilización de las informaciones que en el sector sanitario se obtienen (falta de estandarización, diversidad de las fuentes, periodificación de los datos, etc.), que deberán ser tratados en este período de transición hacia un nuevo marco normativo de la privacidad en Europa, lo que interesa especialmente al sector sanitario, en donde se generan diariamente millones de datos que afectan a los pacientes y que son relevantes para ganar en calidad, en eficacia y en seguridad en la gestión.

Y en esta misma línea la incorporación a las Farmacias, que en su práctica totalidad disponen ya de receta electrónica en el ámbito público, de la receta electrónica privada, con las máximas garantías de autenticidad será fundamental para ofrecer una prestación global y de calidad a los pacientes.

→ **Este año igualmente dedican una mesa a la colaboración público privada, estudiando la contratación en el sector público.**

→ Era obligado, si tenemos en cuenta que el pasado 27 de Julio, el Congreso de los Diputados aprobó en la Comisión de Hacienda y Función el Proyecto de Ley de Contratos del Sector Público, El Proyecto de Ley transpone, las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo, llamadas de cuarta generación. Proyecto que debe pasar ahora al Senado y en la que se observa una ausencia de referencias a circunstancias y datos sanitarios o sociosanitarios, que es muy relevante si tenemos en cuenta la importancia del gasto sanitario dentro de la contratación pública, especialmente en el ámbito autonómico.



EN OCTUBRE, NUEVA EDICIÓN DEL CONGRESO DE DERECHO SANITARIO

RICARDO DE LORENZO: "LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA HA VENIDO FUNCIONANDO BIEN EN EL SNS Y AHORA SE QUIERE EROSIONAR PROMOVRIENDO DECISIONES MUY CUESTIONABLES EN LO JURÍDICO"

La utilización de subastas y concursos es cada vez más extensa en el ámbito sanitario. La regulación de la contratación pública en España se había quedado obsoleta y requiere una profunda transformación en la que se consiga una mayor transparencia, mayor agilidad y mayor seguridad jurídica para quienes participan en ella.

→ **Han dedicado una mesa a debatir sobre retos jurídicos en la reversión de servicios públicos.**

→ Efectivamente, desde el Derecho Sanitario observamos con gran preocupación los planteamientos conocidos de la finalización de concesiones administrativas en el ámbito de las prestaciones de servicios sanitarios haciéndose necesario ante la complejidad jurídica que estos procesos tendrán que seguir su estudio y posicionamiento jurídico.

La Ley General de Sanidad, ya en 1986 se refería a la colaboración público-privada, considerándola como un factor importante para el Sistema Nacional de Salud. Han transcurrido varias décadas desde entonces y el sector sanitario privado ha venido prestando su colaboración en el conjunto de las Comunidades Autónomas, aportando experiencias muy positivas, algunas de ellas, altamente valoradas a nivel internacional. Desde posicionamientos más ideológicos que de gestión sanitaria, se está erosionando este modelo, promoviendo decisiones muy cuestionadas desde el punto de vista jurídico y funcional que se tratarán en esta mesa.

"ES CONVENIENTE UN ANÁLISIS DE LA LEY DE SALUD PÚBLICA A LOS 6 AÑOS DE SU APROBACIÓN, ESPECIALMENTE EN EL ÁMBITO DEL FUTURO DE LAS VACUNAS"

→ **Vemos varias mesas dedicadas a temas de Derecho Farmacéutico. ¿Qué temas son estos?**

→ Una de ellas patrocinada por la Fundación Roche, está dedicada a la Medicina Personalizada de Precisión. Los avances en medicina genómica y molecular están permitiendo logros hasta ahora insospechados para hacer frente a patologías graves. El apoyo tecnológico y la investigación sistemática están situando a la Medicina en una nueva era, en la que las dianas terapéuticas son cada vez más precisas y mejores los resultados en salud. A estos objetivos responden las Estrategias de Medicina Personalizada que los principales países de nuestro entorno vienen aprobando. Aunque esta asignatura está en buena medida pendiente en España, tanto desde los poderes públicos como desde el sector privado se registra una sensibilidad creciente ante la petición de un marco regulatorio apropiado.

La segunda mesa está dedicada a Salud Pública. La OMS viene insistiendo en la prioridad que debe otorgarse a las políticas de prevención de enfermedades y promoción de la salud y señala que, en general, los Gobiernos se hacen eco de este llamamiento, pero más en el terreno de las declaraciones que en el de la legislación y de las dotaciones presupuestarias.

Cuando han transcurrido 6 años de la aprobación de nuestra Ley General de Salud Pública, parece conveniente hacer balance de los avances que se hayan podido producir, con especial atención a una de las principales herramientas en este ámbito como son las vacunas. También es necesario analizar y valorar que iniciativas se contemplan con vistas al futuro.

Y por último la Mesa dedicada a la Innovación en medicamentos, resultados en salud y sostenibilidad económica. La Sanidad es uno de los sectores más innovadores y dinámicos gracias a la investigación biomédica. La innovación requiere un gran esfuerzo inversor y dilatados periodos hasta que los nuevos medicamentos ven la luz, pero la accesibilidad de los nuevos fármacos presenta no pocos problemas, especialmente administrativos y económicos, dando lugar en ocasiones a situaciones inaceptables para los pacientes y sus expectativas de recuperar su salud, que trataremos en esta Mesa, dada la necesidad de un marco regulatorio que ofrezca mayor certidumbre y seguridad jurídica y que contemple incentivos y mecanismos favorecedores de la innovación.



EN OCTUBRE, NUEVA EDICIÓN DEL CONGRESO DE DERECHO SANITARIO

RICARDO DE LORENZO: "QUEREMOS QUE LA MESA DE INVESTIGADORES EN DERECHO SANITARIO SEA UN FORO PARA ESTRECHAR LAZOS Y ANALIZAR CUESTIONES COMO EL USO DE ALGORITMOS EN EL SISTEMA"



Será preciso aunar voluntades para que se aprueben normas y medidas capaces de ponderar sostenibilidad del sistema sanitario y mejores resultados en salud.

→ Ha llamado mucho la atención la mesa de investigadores en Derecho Sanitario. ¿Qué objetivo pretende?

→ Si es una novedad. La mesa de investigadores en Derecho Sanitario surge con la decidida vocación de contribuir a estrechar la brecha que tradicionalmente existe entre la academia y la sociedad.

Su principal finalidad consiste en favorecer la diseminación de los resultados de la investigación en esta materia que resulten particularmente interesantes, a la par que dotar a sus promotores de un marco de interacción con los profesionales que han de aplicar el derecho sanitario.

De este modo, nuestra Asociación complementa el papel que ya juega nuestro Premio Nacional en Derecho Sanitario, y también nuestro Master Universitario, de cara a fomentar una investigación innovadora en el ámbito del Derecho de la Salud, que sea capaz de contribuir eficientemente a la mejora de nuestro ordenamiento jurídico.

La iniciativa ha tenido mucho éxito y podremos contar con un plantel de investigadores de diferentes universidades:

- Será moderado por el Catedrático de Filosofía Jurídica y Presidente de la Fundación Europea para el estudio y la reflexión Ética, Rafael Junquera Estéfani;
- y presentan sus proyectos investigadores
 - Iñigo de Miguel Beriain Investigador Postdoctoral de la UPV/EHU. Cátedra Derecho y Genoma Humano;
 - D^a María José Cabezudo Bajo Profesora titular de Derecho Procesal de la UNED;
 - D. Miguel Ángel Ramiro Avilés Profesor titular de Filosofía del Derecho Director de la Cátedra Discapacidad, Enfermedad Crónica y Accesibilidad a los Derechos de la Universidad de Alcalá;
 - Juan Méjica Profesor de la Universidad de Oviedo,
 - y D^a Itziar de Lekuona, del Observatorio y Derecho de la Universidad de Barcelona.

→ ¿Puede ponerme algún ejemplo de lo que van a tratar?

→ Pues por ejemplo, el uso de algoritmos y mecanismos de decisión automatizada en los sistemas sanitarios públicos; El estudio sobre la posible necesidad de una Ley General de los derechos de las personas con enfermedad crónica o la Responsabilidades desde una perspectiva jurídico- legal de la contaminación atmosférica, o Bioética y Biodatos en el ámbito de la salud, entre otros.

El sábado se celebró el Día Internacional del Donante de Médula

ESPAÑA CUENTA YA CON CERCA DE 340.000 DONANTES DE MÉDULA, CON UN AUMENTO DE UN 20% EN LOS SIETE PRIMEROS MESES DEL AÑO

- Los datos de la ONT-REDMO cifran en 55.796 los nuevos donantes inscritos por las Comunidades Autónomas a fecha 31 de julio, muy por encima de los 40.000 previstos para todo el año
- Desde el inicio del Plan Nacional de Médula, la donación ha aumentado en un 216%. La ONT reconoce el importante esfuerzo de las Comunidades Autónomas, tanto económico como en recursos humanos, para conseguir este logro
- Se acelera la incorporación de nuevos donantes, que registra una media de 7.970 personas al mes, más del doble de lo planificado. Este dato supone 265 nuevos donantes al día
- A este ritmo, los objetivos del Plan Nacional de Médula de conseguir los 400.000 donantes al finalizar 2020 se alcanzarán en 2018, dos años antes de lo previsto
- El 60% de los donantes registrados son mujeres frente al 40% de hombres. Esta proporción se invierte cuando se trata de donaciones efectivas: el 64% son varones y el 36% mujeres
- Las Comunidades que más crecen en porcentaje son, por este orden, Castilla y León (+28%), Asturias, Baleares y Castilla-La Mancha (+27% cada una de ellas), Valencia (+26%) y Cantabria (+24%), junto con la Ciudad Autónoma de Melilla (+34%)

España sigue demostrando su solidaridad, esta vez en donación de médula. A fecha **31 de julio de 2017**, nuestro país registraba cerca de **340.000 donantes de médula**, con un **aumento de un 20%** en los siete primeros meses de este año. Desde el inicio del **Plan Nacional de Médula en enero de 2013**, la donación **se ha incrementado** en nuestro país en un **216%**

En concreto, los datos de la ONT- REDMO (Registro Español de Donantes de Médula Ósea) cifran en **55.796** los nuevos donantes inscritos por las Comunidades Autónomas en los siete primeros meses del año, una cifra **muy por encima de los 40.000 previstos para todo el conjunto del año**.

En este año, la incorporación de nuevos donantes también se ha acelerado, alcanzando una **media de 7.970 personas al mes, más del doble de lo planificado**, lo que representa **265 nuevos donantes de médula al día**.

Se trata de un incremento histórico que bate todas las previsiones de la segunda fase del Plan Nacional de Médula, puesto en marcha por la ONT en colaboración con las Comunidades Autónomas, en su primera fase en enero de 2013. Los objetivos iniciales – conseguir los 200.000 donantes en 4 años – se lograron mucho antes de lo previsto, por lo que en 2015 se puso en marcha la segunda fase de este Plan, con la finalidad de incorporar 40.000 nuevos donantes al año, hasta alcanzar los 400.000 donantes al finalizar 2020. De continuar con este ritmo de crecimiento, nuestro país superará previsiblemente esta cifra en 2018, dos años antes de lo previsto.

En cuanto al perfil del donante, **la edad media de los incorporados en 2017 es de 34 años**. Por otro lado, **el 60% de los nuevos donantes son mujeres, frente al 40% de varones**. Sin embargo, a la hora de **hacer efectiva la donación esta proporción se invierte, puesto que el 64% son varones y el 36% mujeres**. Ante este dato, los expertos abogan por aumentar la donación de médula entre los hombres jóvenes.

La ONT reconoce el importante esfuerzo de las Comunidades Autónomas, tanto desde el punto de vista económico como en recursos humanos, para lograr estos resultados. Desde su inicio, el **Plan Nacional de Médula** ha contado con financiación tanto de la administración central como de la autonómica, que han pagado conjuntamente el coste de los tipajes. En concreto, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha destinado en estos 5 años, desde 2013, un total de **4,15 millones de euros** (a razón de 830.000 euros anuales) para el desarrollo de este plan.

Incremento del 20% en los 7 primeros meses del año

En los siete primeros meses de este año, **el número total de donantes ha pasado de 281.969 registrados al finalizar 2016, a 337.635 a fecha 31 de julio**, con un incremento total de 55.796 donantes inscritos por las Comunidades Autónomas. Este dato representa un aumento del 20%. **9 Comunidades Autónomas superan o igualan este incremento.**

Aunque todas las **Comunidades Autónomas** registran aumentos, en términos porcentuales las que **más han crecido** este año han sido **Castilla y León (+28%), Asturias, Baleares y Castilla-La Mancha (+27% cada una de ellas), Valencia (+26%) y Cantabria (+24%),** junto con la **Ciudad Autónoma de Melilla (+34%)**

En números absolutos, Andalucía, Valencia, Cataluña, Madrid, Castilla y León y Murcia son por este orden, las Comunidades con mayor incremento en los siete primeros meses del año.

Comunidades Autónomas	Donantes a 1 de enero de 2017	Donantes a 31 de julio de 2017	Incremento en los 7 primeros meses del año
Andalucía	72.766	87.488	20%
Aragón	5.627	6.779	20%
Asturias	7.048	8.964	27%
Baleares	4.649	5.913	27%
Canarias	9.959	11.048	11%
Cantabria	3.684	4.577	24%
C. La Mancha	9.273	11.742	27%

Castilla y León	14.533	18.604	28%
Cataluña	42.277	49.213	16%
Extremadura	6.701	7.663	14%
Galicia	7.854	9.169	17%
La Rioja	1.706	2.057	21%
Madrid	27.907	33.955	22%
Murcia	17.506	20.537	17%
Navarra	11.476	12.493	9%
País Vasco	11.771	13.289	13%
Valencia	26.397	33.358	26%
Ceuta	495	504	2%
Melilla	210	282	34%
TOTAL	281.969	337.635	20%

La ONT-REDMO ha querido hacer público estos datos, coincidiendo con el **Día Internacional del Donante de Médula Ósea**, que se celebró el sábado, con diferentes actos organizados por las asociaciones de pacientes en todo el país, en los que se trata de rendir un homenaje a los donantes de médula de todo el mundo.

Los integrantes del Plan Nacional de Médula Ósea (ONT- REDMO, Comunidades Autónomas, Fundación Internacional Josep Carreras, Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia y asociaciones de pacientes) **felicitan a los ciudadanos españoles por este logro**, los animan a informarse sobre la importancia de este tipo de donación y a seguir donando médula.

Sobre el trasplante de médula

Por su parte, la ONT- REDMO insisten en la importancia de la donación de médula y recuerdan lo siguiente:

- Los jóvenes sanos, entre los 18 y los 35 años, son los donantes de médula idóneos.
- **Leucemia aguda, linfoma y mieloma múltiple** son las principales enfermedades que pueden beneficiarse de un trasplante de médula.
- En España cada año cerca de **5.000 personas son diagnosticadas de leucemia aguda**, alrededor de **7.000 de linfoma** y cerca de **2.000 de mieloma múltiple**.
- La **leucemia es el cáncer infantil más frecuente**. Supone un 30% de las enfermedades hematooncológicas pediátricas. El 70% de los pacientes que pueden beneficiarse de un trasplante de médula, necesitan un donante no familiar.
- En la actualidad, **más de 30 millones de personas en todo el mundo son ya donantes de médula**, a los que se añaden las más de 730.000 unidades de sangre de cordón umbilical (SCU) almacenadas en el mundo. **España cuenta con el 9% de todas las reservas mundiales de SCU**, con más de 60.000 cordones almacenados en bancos públicos. Nuestro país es el segundo del mundo, tras Estados Unidos, con más unidades de SCU almacenadas.
- Según los datos de la ONT-REDMO y de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH) actualmente **la probabilidad de encontrar un donante de médula ósea** bien en nuestro país o bien en el registro mundial **está en torno a un 90%**.
- En 2017, **el tiempo medio que se tarda en encontrar un donante compatible es 32 días**.

LOS ANDALUCES ESPERAN UNA MEDIA DE 66 DÍAS PARA UNA OPERACIÓN NO URGENTE, 49 DÍAS POR DEBAJO DE LA MEDIA NACIONAL

- Andalucía vuelve a tener una de las tasas más bajas de pacientes en lista de espera quirúrgica, a pesar de ser la comunidad más poblada

- **INFORME DE LISTAS DE ESPERA, EN DOSIER ESPECIAL**



Los andaluces esperan una media de 66 días para una operación no urgente, 49 días menos que la media del conjunto de pacientes del Sistema Nacional de Salud (SNS), según los datos ofrecidos el viernes por la gerente del Servicio Andaluz de Salud (SAS), Francisca Antón. Asimismo, en el corte a 30 de junio, Andalucía se mantiene con una de las tasas más bajas de pacientes en lista de espera quirúrgica, en valores similares al pasado año en la misma fecha. A cierre de 2016, según los últimos datos publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, sólo País Vasco registraba una tasa inferior; y ello a pesar de que la comunidad andaluza es la que cuenta con mayor población en España. En estos resultados, según ha enfatizado la gerente del SAS, "el eslabón fundamental lo han constituido los profesionales del sistema sanitario público, ya que sin su esfuerzo y su trabajo diario, no estaríamos en esta posición a nivel nacional".

A fecha de 30 de junio de 2017, los andaluces tienen una espera media de 66 días para operarse de alguno de los más de 700 procedimientos que se incluyen en el decreto de garantías con el que Andalucía fue pionera a nivel nacional en 2001, estableciendo que la demora máxima de estos procedimientos fuera de 180 días. Asimismo, según los últimos datos publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a fecha de 31 de diciembre de 2016, la espera media en el conjunto de comunidades era de 115 días. En los 71 procedimientos en los que Andalucía da garantías para no superar los 120 días de demora quirúrgica, la demora es de 52 días, lo que supone 40 días menos que la media del Sistema Nacional de Salud (92 días). Fue en 2006 cuando Andalucía decidió dar un paso más para mejorar los plazos máximos en los procesos más frecuentes, como cataratas, artroscopia, prótesis de cadera, hernia inguinal o varices de miembros inferiores, entre otros, reduciendo de 180 a 120 días la espera máxima para estas intervenciones.

Desde diciembre de 2016, la Junta de Andalucía garantiza además que los pacientes cardíacos no esperen más de 90 días para una intervención, a través de la Orden de 2 de junio de 2016, por la que se reduce el plazo de respuesta de procedimientos quirúrgicos relacionados con la cirugía cardíaca. Asimismo, el pasado mes de agosto entró en vigor la Orden de 28 de octubre de 2016 que garantiza los plazos de respuesta quirúrgica para la reconstrucción mamaria tras un cáncer y que establece un plazo máximo de respuesta de 180 días. En palabras de la directora gerente del SAS, "son 16 años comprometidos como Administración sanitaria con un tema que preocupa a la población y que nos sigue preocupando como Administración pública que somos, por lo que vamos a seguir dedicando todos los esfuerzos para que la ciudadanía tenga la respuesta más rápida y más ágil a su problema de salud".

Tasas

La tasa andaluza de pacientes que aguardan una intervención quirúrgica se sitúa en 7,62 pacientes por cada 1.000 habitantes, mientras que la tasa media del Sistema Nacional de Salud se eleva a 13,65 pacientes por 1.000 habitantes, más de seis puntos por encima de la tasa andaluza.

Para calcular la tasa andaluza se tienen en cuenta los pacientes en lista de espera tanto para procesos con garantía de 180 días, como para aquellos de 120 y 90 días. Ésta es la denominada 'espera estructural' que establece el Ministerio para medir en el conjunto del Estado la situación global de la lista de espera quirúrgica. Si sólo se tienen en cuenta los 11 procedimientos quirúrgicos seleccionados por el Ministerio como los más frecuentes (y en los que Andalucía garantiza un plazo máximo de 120 días), esta tasa es de 3,24 pacientes por cada 1.000 habitantes, frente a la tasa de 5,51 pacientes por 1.000 habitantes en el SNS.

Andalucía registra menos de un punto de incremento en estas tasas con respecto a junio del pasado año, concretamente un 0,3 más en la tasa global de pacientes que esperan una intervención y un 0,2 más en la referida a las operaciones que no deben superar los 120 días.

La sanidad pública andaluza, al igual que el resto de sistemas sanitarios, se enfrenta al reto del envejecimiento de la población, con mayor número de consultas, hospitalizaciones y cirugías en esta población. En el caso de Andalucía, las indicaciones quirúrgicas relacionadas con el envejecimiento de la población han subido un 11% en los últimos seis años. A este incremento, y a pesar de los años de crisis económica, se ha respondido con un mayor esfuerzo progresivo en el incremento de la actividad quirúrgica, que ha crecido en torno al 10%.

Anualmente, son cerca de 500.000 intervenciones las que se realizan en los casi 600 quirófanos y 790 puestos de reanimación y despertar con los que están dotados los hospitales públicos andaluces. Casi 8.000 profesionales realizan su labor diariamente en las áreas quirúrgicas de los centros hospitalarios. Además, los centros de atención primaria realizan más de 127.000 intervenciones de cirugía menor.

Plazos en consultas

Andalucía garantiza desde el año 2005 un plazo máximo de 60 días para primeras consultas en la gran parte de especialidades hospitalarias y un plazo máximo de 30 días para la mayoría de pruebas diagnósticas.

En lo referente a consultas, la media andaluza a 30 de junio de 2017 se sitúa en 52 días, 20 días menos que la media a nivel nacional, con una demora de 72 días a 31 de diciembre. Son casi 12,5 millones de consultas las que se atienden en los centros hospitalarios andaluces, de las que 4,7 millones son primeras consultas y, de éstas, 2,6 millones consultas derivadas desde Atención Primaria. En los últimos seis años, la demanda de consultas hospitalarias se ha incrementado un 2,39%.

En pruebas diagnósticas, a 30 de junio de 2017, la demora media para pruebas diagnósticas es de 34 días, si bien son datos provisionales porque se están homogeneizando actualmente los sistemas de información corporativos. A nivel nacional, estos datos no pueden compararse porque es una garantía que no tienen gran parte de las comunidades. A pesar de mantener las medias andaluzas entre las mejores a nivel nacional y tener una de las tasas más bajas del conjunto de comunidades autónomas, la directora gerente del Servicio Andaluz de Salud ha manifestado que "el Gobierno andaluz sigue buscando, de la mano de los profesionales, márgenes de mejora para continuar cumpliendo los plazos establecidos y reducir los tiempos".

Planes de mejora de accesibilidad

Los hospitales, especialmente aquellos que registran una demora más elevada que la media andaluza, han analizado pormenorizadamente su lista de espera y han diseñado planes de mejoras de accesibilidad. Se trata de una batería de acciones diseñadas a medida según las necesidades de cada hospital. Estos centros presentan unos componentes funcionales, estructurales o poblacionales que los sitúan en una posición más compleja. Cada centro tendrá sus medidas concretas en función de sus necesidades y adecuando las agendas y sesiones quirúrgicas, teniendo en cuenta el aumento de indicaciones en especialidades con mayor demanda como cirugía general, traumatología y oftalmología.

Todas estas medidas se desarrollarán desde el trabajo colaborativo entre los profesionales gestores y clínicos. Además, se trabajará para mejorar la eficacia en los bloques quirúrgicos, incrementando el número de profesionales en las áreas en las que sea necesario, con el objetivo de aprovechar al máximo las infraestructuras. Igualmente, se incrementará, en los casos en los que sea necesario y de forma consensuada con los profesionales, la actividad quirúrgica en turno de tarde.

Asimismo, se realizará una información proactiva a los usuarios, que recibirán una llamada con la fecha prevista de intervención con mayor antelación. De forma generalizada además se potenciará la cirugía mayor ambulatoria en hospitales y la cirugía menor en atención primaria; se adecuarán las indicaciones a los estándares según evidencia científica, adecuando los recursos estructurales, tecnológicos y de personal.

En el diseño de estos planes por centros y de las medidas de acción generales se han tenido en cuenta las recomendaciones de la Comisión para mejorar la gestión de las listas de espera, creada a instancias del Parlamento de Andalucía. Esta Comisión está formada por profesionales del sistema sanitario público de diferentes servicios clínicos y provincias andaluzas, por profesionales del ámbito quirúrgico, pruebas diagnósticas y consultas externas, así como por representantes de sociedades científicas, del Consejo Andaluz de Colegios Médicos y del Consejo Andaluz de Enfermería. Durante meses, han estado trabajando en el análisis de cada uno de los centros y han propuesto recomendaciones.

En consultas hospitalarias, se potenciará la capacidad de resolución de atención primaria y las consultas telemáticas entre el centro de salud y el hospital. También se seguirán adecuando las consultas de los hospitales a la demanda de primaria, sobre todo en aquellas áreas más demandadas por el envejecimiento de la población, como son Traumatología u Oftalmología.

Dentro del Plan de Renovación de Atención Primaria y sus líneas de acción que se están ahora impulsando, se podrán solicitar además las pruebas de imagen y de laboratorio, aumentando la resolución y capacidad diagnóstica en los centros de salud.

Además, se impulsará la consulta de acto único de forma que las pruebas diagnósticas complementarias a una consulta hospitalaria se realizarán, siempre que sea posible, en la misma cita.

En cuanto a pruebas diagnósticas, se actualizarán las guías de práctica clínica consensuando indicaciones; la mejora de la rentabilidad de la tecnología disponible; la adquisición de nueva tecnología que, entre otros aspectos, permita aumentar la producción propia disminuyendo la externalización de pruebas; la ampliación de horarios; todo ello, potenciando la telerradiología y el trabajo en red. En las pruebas de laboratorio, se considera clave la definición de perfiles y alertas que indiquen la última fecha en la que se hizo esa misma prueba.

Asimismo, se implantará el Plan de Mejora de la Resolución Diagnóstica y de la Accesibilidad de los Pacientes en los Hospitales, entre cuyas medidas destacan ampliar el horario para realizar pruebas diagnósticas.

Apuesta por la transparencia

Todos los datos sobre listas de espera se han publicado el pasado viernes en la página web del Servicio Andaluz de Salud <http://lajunta.es/12wup>, continuando con el compromiso de transparencia que mantiene la Junta de Andalucía con la población andaluza.

Dicha información sigue siendo la más amplia del conjunto del SNS, en cuanto la normativa andaluza es la más garantista e incluye el mayor número de procedimientos quirúrgicos con un plazo máximo por Decreto, además de detallar de manera exhaustiva la situación por centros sanitarios, por provincias y a nivel regional. Igualmente, se ofrece la información total de los pacientes que tienen su garantía en vigor (únicos datos disponibles y comparables a nivel estatal) y de aquellos que han perdido este derecho. Entre los motivos que recoge el Decreto que regula los plazos, se encuentra haberse negado a operarse, no hacer acto de presencia a la citación correspondiente, de forma fehaciente, o pedir demorar la intervención quirúrgica de manera injustificada.

Igualmente, en los datos andaluces se informa de los pacientes en lista de espera quirúrgica transitoriamente no programable, que son aquellos que no pueden ser intervenidos por motivos clínicos que desaconsejen la intervención o a petición de aplazamiento del paciente que pueda justificarse (nacimiento o adopción de un hijo o nieto, matrimonio, fallecimiento o enfermedad grave de un familiar y otros motivos laborales o personales de fuerza mayor). Además de la información disponible en la web del SAS, los andaluces y andaluzas pueden consultar su situación concreta en la lista de espera quirúrgica a través de la oficina virtual InterS@S (<http://lajunta.es/12wup>) y a través del servicio telefónico Salud Responde (<http://lajunta.es/11jhh>). Asimismo, puede dirigirse a las unidades de atención ciudadana de los centros públicos andaluces para tener esta información.

LOS MALOS DATOS DE LAS LISTAS DE ESPERA ANDALUZAS, PORTADA DE TODA LA PRENSA REGIONAL

IDEAL

DIARIO REGIONAL DE ANDALUCÍA
www.ideal.es/almeria
vocento15...

ALMERÍA

Sábado 16.9.17
Nº 28.111
Precio del periódico: 1,50€
Corazón C2N: 0,50€
Venta conjunta e inseparable: 2,00€

V EL PUEBLO DE LOS NIÑOS



Los pequeños son los dueños de la calles de la localidad navarra de Lantz, que tiene la tasa de natalidad más alta de España **P51**

CONCURSOS GASTRONÓMICOS Y MESAS REDONDAS SE SUMAN AL ALMERÍA WESTERN FILM FESTIVAL. P49

Los almerienses esperan 56 días para ser operados y suman más de 7.500

Señal conjunta e inseparable con ALMERÍA (precio: 1,50€ + 0,50€)
Año XXXV, Número 12.383 - HUELVA INFORMACIÓN - A5: **1,40€** Con QMD (opcional): 0,75€ más **SÁBADO 16 DE SEPTIEMBRE DE 2017**

Huelva Información

www.huelvainformacion.es

Un militar halla en El Rompido a un inmigrante al que salvó en Libia > 21 **Londres sufre un nuevo atentado en el metro que causa 29 heridos > 35** **Casquero quiere al Recre del Nuevo Colombino en Lorca > DP 2-3**



ESTADÍSTICAS DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD > 13

Huelva soporta la mayor espera para operarse de toda Andalucía

- Los onubenses tardan una media de 102 días en pasar por los quirófanos
- La demora para la primera consulta se reduce en 18 días y se sitúa en los 50

Año XV Número 5.071 **1,50€** Con ¡QUÉ ME DICES!
SÁBADO 16 DE SEPTIEMBRE DE 2017

Granada Hoy

www.gradahoy.com

El ministro Dastis ve en el Brexit una ocasión de equilibrar la relación con Gibraltar > 24-25 **El Covirán gana la Copa Andalucía LEB ante el Morón (100-80) > DP12**

SALUD ACTIVA UN PLAN PARA AUMENTAR QUIRÓFANOS Y ANÁLISIS PARA REDUCIR LOS TIEMPOS > B-7

La fusión deja los peores datos de listas de espera en la última década

- Un total de 9.379 granadinos aguardan una intervención quirúrgica, un 18% más
- Las cifras en pruebas diagnósticas y consultas son las más altas de Andalucía

IDEAL

DIARIO REGIONAL DE ANDALUCÍA
www.ideal.es/jaen
vocento15...

JAÉN

Sábado 16.9.17
Nº 28.111
Precio del periódico: 1,50€
Corazón C2N: 0,50€
Venta conjunta e inseparable: 2,00€

V EL PUEBLO DE LOS NIÑOS



Los pequeños son los dueños de la calles de la localidad navarra de Lantz, que tiene la tasa de natalidad más alta de España **P51**

PADILLA, ADAME Y DEL ÁLAMO ABREN LA PUERTA GRANDE DE LA PLAZA DE TOROS DE VILLACARRILLO. P48y49

Los jienenses esperan una media de 56 días para una operación no urgente

DIME EN QUE PROVINCIA VIVES Y TE DIRÉ CUÁNTO TARDAS EN OPERARTE EN ANDALUCÍA

- La demora para someterse a una endoscopia es de 51, según las listas de espera presentadas por el Servicio Andaluz de Salud

(ANTONIO R. VEGA).- La cola de pacientes en espera de pasar por el quirófano en los hospitales públicos andaluces no deja de crecer.

En junio de 2017, 62.399 personas aguardaban una intervención quirúrgica enmarcada dentro de alguna de las **más de 700 operaciones que la Junta de Andalucía se compromete por decreto** a realizar antes de 180 días. Sólo en 2015 se alcanzó una cifra superior desde que existe este registro estadístico. En doce meses se han contabilizado 3.312 pacientes más o, lo que es lo mismo, un 5,6 por ciento más.

El repunte de la lista de espera se produce en un clima de cuestionamiento de la gestión del Gobierno andaluz. La sanidad pública, a la que la presidenta de la Junta, Susana Díaz, se refiere como la **«joya de la corona» de su política social**, ha sido una caldera en ebullición durante el último año.

La oleada de recortes, forzados por la crisis y el límite de déficit, **sacó a la calle a más de 100.000 andaluces en distintas capitales**. La mecha de protestas prendió en Granada de la mano del combativo doctor Spiriman, quien comandó la mayor rebelión de batas blancas que se recuerda en este territorio, poco dado a sacudidas de insurrección de esta clase.

La Junta ha tratado de apagar el fuego dando marcha atrás a su plan de ahorro mediante fusiones hospitalarias y sacrificando a sus principales cabezas visibles. Les **han costado los puestos a cuatro altos cargos en este periodo**: el consejero, el viceconsejero y dos gerentes del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

En este contexto de efervescencia y mudanzas en los despachos oficiales, la nueva directora de esta agencia pública, Francisca Antón, encuentra una explicación demográfica para este preocupante aumento en las listas de espera: **los andaluces viven más** y, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida, en los últimos seis años las intervenciones quirúrgicas asociadas a la longevidad han crecido un 11 por ciento.

Desglose por provincias

El ejercicio de destape estadístico presenta motas oscuras en la joya de la corona sanitaria. En vista de que los datos empeoran en comparación con los doce meses anteriores, particularmente en las provincias **donde más los recortes y las fusiones hospitalarias se han topado con mayor contestación social** (Huelva, Granada y Málaga, por este orden), el Gobierno andaluz sacó pecho comparándose con el cómputo nacional y las cifras de otras comunidades autónomas menos pobladas y que exhiben registros peores.

La demora media es de 66 días, una semana más que en 2016, pero son 49 días menos que el promedio nacional, que se sitúa en 115 días, esgrimen desde el SAS. La espera para operarse resulta más larga en aquellas provincias donde la estrategia de unificar centros y servicios ha sido más discutida.

Así, **en Huelva se tarda una media de 102 días** (casi el doble que en 2010), 81 en Granada y 72 en Málaga. En Sevilla, a la cabeza en número de pacientes pendientes de ser intervenidos (16.639), el tiempo de espera es de 64 días. Los almerienses y jienenses aguardan de media 56 días. Los mejores registros se producen en Cádiz (50) y Córdoba (49).

Fallo informático en las pruebas

La espera media de las primeras consultas en gran parte de las especialidades es de 52 días, mientras que en Andalucía un paciente **aguarda de media 34 días en someterse a pruebas diagnósticas**. En Granada la tardanza llega a 67 días. No obstante, desde el SAS advierten que esta última cifra es provisional porque ha habido un fallo en su procesamiento informático.

51 días para una endoscopia

Los andaluces tardan de media 51 días para someterse a una endoscopia digestiva por vía oral o rectal; 34 días para un TAC, y 33 días para una **prueba de monitorización cardíaca**, según el informe publicado en el portal del SAS. Merced a este registro, sólo tienen que esperar un día para someterse a una colangiografía desde que el médico la prescribe. A nivel nacional no hay datos para comparar.

Reconstrucción mamaria

En agosto entró en vigor una orden que garantiza a las mujeres que superan un cáncer **la reconstrucción mamaria en 180 días**. El cáncer no figura en las listas de espera porque «no debe esperar», según expone la gerente del SAS, quien añade que en un proceso tumoral la espera no supera los 30 días.

Medio millón de operados al año

La Junta defiende que introducirá mejoras para reducir los tiempos de espera. Los centros que acumulan más demora cuentan con planes de choque a la carta. Pese a admitir **«errores» de carácter puntual**, esgrime que cada año se realizan cerca de medio millón de intervenciones en 600 quirófanos de los hospitales y más de 127.000 operaciones de cirugía menor en los centros de Atención Primaria.

Las cataratas, en 120 días

Desde 2001 la Junta se compromete por decreto a realizar intervenciones dentro de un plazo que ella misma se marca: 700 procedimientos dentro de un periodo de 180 días y 71 en un plazo de demora inferior a 120 días. Entre estos últimos están las operaciones de **cataratas, artroscopia, prótesis de cadera, hernia inguinal o varices en miembros inferiores**.

Tras analizar los datos presentados por la Consejería de Salud

ANDALUCÍA: SATSE ASEGURA QUE EL INCREMENTO EN LAS LISTAS DE ESPERA ES CONSECUENCIA DIRECTA DE LA FALTA DE PROFESIONALES EN EL SAS

- **Un año más, vuelve a aumentar los tiempos de respuestas asistenciales en Sistema Sanitario Público Andaluz. Situación causada por la propia Administración andaluza que continúa sin adecuar las plantillas sanitarias.**
- **Un incremento del tiempo de respuesta que ha sido generalizado, tanto en respuesta quirúrgica como en consultas externas.**

El Sindicato de Enfermería (SATSE) de Andalucía, a raíz de los datos publicados por la Consejería de Salud sobre los tiempos de respuestas asistenciales en el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), comprueba que otro año más vuelve a incrementarse, y de manera considerable, las listas de espera quirúrgica. Situación, explica SATSE, causada por la destrucción de empleo sufrida en los últimos años y al déficit de profesionales sanitarios que existe en el SAS. De esa manera, comparando los datos con respecto al año pasado, y tomando como referencia el número total de pacientes (incluido los pacientes que figuran con y sin garantía), se detecta que en el último año en el registro de demanda quirúrgica programables con un tiempo de respuesta máximo de 180 días, se ha producido un aumento de 3.271 usuarios, con un total de 69.005 pacientes en espera a junio de 2017, pasando así de 62 a 69 días de demora media para ser intervenido.

En lo referente a los procedimientos más frecuentes con un tiempo de respuesta máxima de 120 días (incluyendo igualmente el número total de pacientes, con y sin garantías), se ha pasado de 28.704 usuarios en junio de 2016 con una espera media de 50 días a los 30.622 a junio de 2017, incrementándose así la demora a 54 días de media. Ello supone el incremento de 1.918 pacientes en las listas de espera con respecto al 2016. De igual forma, y en la misma línea se encuentran los tiempos de respuesta en consultas externas, ya que su número de pacientes inscritos también ha aumentado, pasando de 197.021 usuarios en 2016 con una espera de media 45 días a 206.765 usuarios en 2017, con una espera de 52 días de media.

A juicio del Sindicato de Enfermería, el crecimiento de las listas de espera es causa directa de la destrucción de empleo que se viene sufriendo en los últimos años y a la ausencia de adecuación de plantillas. Y es que, continúa argumentando SATSE, el déficit de profesionales sanitarios, muy concretamente de enfermeras, está produciendo un deterioro del Sistema Sanitario Público Andaluz, que carece de la atención y el cuidado necesario para ofrecer una óptima asistencia a la ciudadanía. Así lo respaldan también otros informes y datos, como el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad correspondiente al año 2016. En él Andalucía se encuentra a la cola en cuanto a número de profesionales de Enfermería con respecto al resto del Estado. De hecho, según indica este propio Informe, en la comunidad andaluza la ratio de enfermeras en atención especializada por 1.000 habitantes es de 2,5, ocupando la última posición en la tabla y por debajo de la media nacional que se sitúa en 2.9.

De hecho, sólo para alcanzar la media nacional de enfermeras hospitalarias, la Sanidad andaluza necesitaría al menos 3.000 profesionales de Enfermería más para sus hospitales. Es por todo ello que SATSE culpa a la propia Administración sanitaria de esta situación, que mediante la puesta en marcha de sus medidas economicistas continúa retrasando, e incluso empeorando, una posible resolución de los problemas en salud, lo cual favorece que sigan incrementándose las necesidades de cuidados de enfermería y el consumo de recursos sanitarios. SATSE finaliza argumentando que ante unos registros de respuesta que cada año son superiores y más perjudiciales para los usuarios, la Consejería debería reconocer que es su propia mala gestión la que está llevando a un empeoramiento continuo del sistema sanitario en Andalucía, por lo que es urgente comenzar de manera inmediata a adoptar las medidas necesarias para ponerle freno.

Los médicos de familia podrán pedir ahora ecografías y TAC

► La consejera cree que con esta medida se facilitará el trabajo de los especialistas

A. R. V.
SEVILLA

A partir de octubre, los médicos de familia (SAS) no tendrán limitaciones a la hora de solicitar ecografías, resonancia magnética y el escáner o TAC (tomografía axial computarizada) para sus pacientes. La consejera de Salud, Marina Álvarez, informó ayer en el Parlamento andaluz de que a partir del tercer trimestre en Atención Primaria se podrán solicitar «más pruebas de imagen y de laboratorio». Hasta ahora, el encargo de la mayoría de estos análisis estaba reservado a los facultativos especialistas. Esta es una de las novedades recogidas en el Proyecto Estratégico de Desarrollo de la Alta Resolución Diagnóstica y Terapéutica en Atención Primaria.

Según indicó la Consejería en una nota de prensa, el objetivo es impulsar la Atención Primaria, que la consejera ha definido como «uno de nuestros ejes estratégicos que tiene que convertirse en el eje vertebrador de la atención sanitaria» porque «mejora el sistema sanitario en su conjunto».

Con esta medida, según la consejera, se va a incrementar la capacidad de resolución diagnóstica y terapéutica de los profesionales en los centros de salud, a fin de evitar interconsultas innecesarias y para que los pacientes lleguen a los especialistas del hospital con un diagnóstico previo. Además, se establecerá una cartera diagnóstica acordada con los profesionales que proporcione a los médicos de familia acceso a los procedimientos diagnósticos de imagen, laboratorio, anatomía patológica y microbiología, entre otros. Y simultáneamente, aumentará la formación de los profesionales y el equipamiento diagnóstico de los centros.

Cirugía menor

Dentro de este plan de impulso de los centros de salud se incluye el fomento de la cirugía menor tanto por parte de facultativos, como por parte de enfermería, siendo en este último ámbito Andalucía un referente nacional. Igualmente, se seguirá potenciando el uso de las aplicaciones móviles, con el objetivo de facilitar la relación de la población con los servicios sanitarios, y se mejorará la plataforma de acceso a la historia de salud.

En lo que respecta a las urgencias, plantea una revisión y trabaja en un plan de información para que los usuarios «hagan un uso adecuado de los

recursos sanitarios en sus diferentes niveles asistenciales».

Los profesionales cuestionan la eficacia de que puedan solicitar determinadas pruebas que antes tenían restringidas. Desde el Sindicato Médico Andaluz (SMA) no se opone a la solicitud de ecografías, endoscopias o TAC en Atención Primaria pero insisten en que si el tiempo dedicado a cada paciente no se amplía, medidas como la anunciada «van a complicarlo todo aún más». «Cualquier trabajo nuevo, si no va acompañado de una ampliación de tiempo, es un engañoso»,

destaca el presidente del SMA, Rafael Carrasco. «Difícilmente, se puede diagnosticar y pedir pruebas para un paciente si en lugar de diez minutos, sólo tenemos dos o tres minutos para evaluarlo», destaca el responsable del sindicato más representativo entre los profesionales de la Medicina del SAS.

En materia de personal, la consejera avanzó que de aquí a final de año, se contratarán cerca de 400 profesionales para Atención Primaria (105 médicos de familia, 210 enfermeras, 33 matronas, 30 trabajadores sociales y 8 pediatras).

Nuevo hospital de La Línea

La actividad asistencial en el nuevo Hospital de La Línea de la Concepción comenzará el próximo 29 de septiembre, según informó ayer la consejera de Salud, Marina Álvarez, en el Parlamento. La apertura de esta infraestructura, en la que la Junta ha invertido 57 millones de euros, se hará de forma progresiva. La consejera ha explicado que el Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha solicitado una licencia de uso parcial para abrir este nuevo hospital.



Concentración de afectados por el impuesto, ayer en la capital cordobesa

ADVARO CARMONA

MOVILIZACIÓN EN CÓRDOBA

Stop Impuesto Sucesiones ve un «paripé» el debate de PSOE y Cs

A. R. V. / R.A.
SEVILLA/CÓRDOBA

Stop Impuesto Sucesiones, la asociación que surgió en Andalucía para reclamar la supresión del tributo, considera que la negociación que mantienen el PSOE y Ciudadanos para rebajarlo en esta comunidad es «un teatro» o «un paripé». «Todo está pactado de antemano para acallar al pueblo, pero no lo van a conseguir», aseguró el presidente de esta plataforma ciudadana y política, Juan Carlos Valverde, quien ayer participó en una

concentración convocada por Asaja que sacó a cientos de cordobeses a la calle bajo el lema «La Junta nos expulsa». Entre los asistentes estaban el presidente nacional de la organización agraria, Pedro Barato; el presidente de la Federación Andaluza de Trabajadores Autónomos (ATA), Rafael Amor; y dirigentes del PP andaluz. «La revisión ya la tienen aprobada y lo que buscan es buscar el mejor momento para anunciarla y sacar rédito político», aseguró Valverde, quien considera que «cualquier reforma que no suponga la supresión

total del impuesto será insuficiente porque utilizarán los coeficientes correctores para aminorar esa rebaja», estimó. Cuestionó que el aumento de las exenciones se limite a los parientes directos y que «no se hable de las donaciones».

Por otro lado, Ciudadanos insistió ayer en elevar hasta un millón de euros el mínimo exento del impuesto de sucesiones para herencias de los grupos I y II (padres, hijos y nietos). «Hasta los expertos designados para la reforma de la ley de financiación autonómica coinciden en que hay que elevarlo para que haya justicia social», advirtió Juan Marín, portavoz de Cs, a la presidenta de la Junta, Susana Díaz, en su interpelación durante el pleno de la Cámara autonómica.



Puerta de la Policlínica Los Remedios, en la calle Fernando IV

GOOGLE MAPS

Denuncian a una clínica por falsificar informes para adoptar

► Elaboró certificados médicos favorables sin haber examinado antes a los padres adoptivos

EDUARDO BARBA
SEVILLA

La Policlínica Los Remedios, ubicada en la sevillana calle Fernando IV, está siendo investigada por el Juzgado de Instrucción 18 de Sevilla tras ser denunciados sus responsables por presunta falsificación de certificados médicos para la adopción de un niño ruso. Los denunciados han sido los propios médicos señalados por rubricar —lo cual niegan tajantemente— los documentos de una pareja asturiana. Estas dos personas firmaron un contrato en julio de 2013 con Aipame (Asociación internacional para la ayuda y protección de menores del este) en la sede de Bilbao mediante el que se iniciaba la compleja tramitación para adoptar al menor. Fue entonces cuando se les requirió documentación diversa y, entre ella, solicitó a la pareja un informe médico en el que debía constar el estado físico y mental de cada uno para garantizar sus buenas condiciones antes de que se tramitase la adopción.

En aquel momento, los protagonistas de la historia residían en Asturias y, por ello, comunicaron a Aipame que se realizarían los chequeos en esa región por comodidad, pero, según consta en la denuncia, la entidad que gestionaba

la adopción reaccionó «inmediatamente» enviándoles un correo electrónico en el que «se daba a entender de manera encubierta» que ese informe médico debía hacerse en una clínica de confianza de Aipame, pues, de no hacerlo, se expondrían a una devolución de los informes por parte del país de adopción al «no cumplir con las exigencias tal y como las solicitan allí». La pareja preguntó a Aipame por tales «exigencias» y la organización les explicó que los informes debían ir firmados por una comisión médica, requisito indispensable para que fueran aceptados en Rusia. Por ello, y teniendo en cuenta que dicha comisión no existía en los centros regionales a los que pretendían acudir los pa-

dres de adopción, Aipame «recomendó» que los informes fueran elaborados por parte de la Policlínica Los Remedios, en Sevilla, al tratarse de una clínica con la que habitualmente colaboraban y que conocía las exigencias rusas. Conseguido por Aipame «instalar el miedo en el cuerpo» de la pareja, inmersa en un proceso tan complicado y largo, éstos accedieron a la «recomendación»

Sólo para cobrar
La pareja afectada señala «connivencia» entre Aipame y la clínica para «elaborar informes a la carta»

y contactaron con el centro sevillano. Estas dos personas preguntaron antes que nada a una interlocutora de esta clínica si, al residir en Asturias, podían realizarse allí las pruebas previas requeridas (un análisis de sangre y una radiografía de tórax) y enviarlas a Sevilla, a lo que la Policlínica Los Remedios no puso inconveniente. Así se convino por las partes en mayo de 2015 y los denunciados se hicieron esas pruebas en una clínica de Gijón para remitir los resultados a la Policlínica cuando éstos estuvieran listos. Sorprendentemente, sólo una semana después de acordar esa realización de las pruebas previas en Asturias, la interlocutora de la clínica hispalense, a la sazón secretaria y también investigada por los hechos, les llamó por teléfono para comunicarles que los informes estaban ya redactados y se encontraban en una notaría para ser legalizados, pidiendo a los denunciados que abonasen 800 euros por los mismos.

Pedían 800 euros

Los solicitantes de la adopción quedaron asombrados, ya que no habían facilitado aún a la Policlínica Los Remedios el resultado de las dos pruebas previas efectuadas en Gijón, como el propio centro médico gijonés les confirmó varias horas después. No habían mandado aún a Sevilla los resultados de las analíticas. ¿Cómo era posible que la clínica recomendada por Aipame ya tuviera listos los informes definitivos y les requiriese 800 euros? Sin revisión alguna, el centro sevillano firmó los informes asegurando que la pareja no padecía nada ni tenía antecedente alguno de salud. En enero de 2016, finalmente, la pareja de Asturias viajó a Rusia para recoger al menor, teniendo que realizar en dicho destino nuevamente todas las pruebas médicas a las que se referían los informes elaborados en España, psíquicas y toxicológicas, teniendo que abonar los mismos; el juzgado de Krasnoyarsk, que tramitaba el expediente, ordenó la realización de dichas pruebas igualmente en Rusia.

Por estos hechos, «de extrema gravedad» al certificar el estado de salud de la pareja «desconociendo absolutamente su estado y carecer de una sola prueba», los padres adoptivos trasladaron el asunto al Colegio de Médicos de Asturias incluyendo en su denuncia a seis doctores de la Policlínica, entre ellos a su principal responsable, Eduardo Lobo. Ese colegio comunicó el asunto al de Sevilla, que abrió un expediente que derivó en el actual caso judicial.

Los facultativos afectados han declarado ya todos como testigos, asegurando que ni conocen a las dos denunciadas ni tampoco su firma y su rúbrica en los informes de la Policlínica que los han involucrado, que consideran falsificados. Alguno de los médicos firmantes ni siquiera estaban ya en la clínica. Éstos terminaron su relación con la Policlínica y llevaron el caso al Colegio de Médicos de Sevilla también en forma de denuncia contra Lobo y su secretaria. La Comisión Deontológica del Colegio, además, abrió en marzo expediente disciplinario a Lobo.

From 3 years old

ST. GEORGE
ISOM

An International British SCHOOL
"Our values make us different"

Periodo de Matriculación Abierto. Ven a conocernos.

Respect Responsibility Personal best Kindness Fairness

Acceso a las universidades españolas y extranjeras · Profesores nativos

www.stgeorgeinternational.es · admissions.sevilla@stgeorge.es
955 702 430 · Carretera Sevilla-Huelva s/n, Los Salesianos

EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD APRUEBA LA CREACIÓN DE LA GERENCIA DE SALUD MENTAL

- El objetivo es integrar y reorganizar la atención sanitaria a estos pacientes en las todas áreas de salud
- El Consejo de Administración del SMS autoriza también la estructura directiva del hospital del Rosell de Cartagena



El Consejo de Administración del Servicio Murciano de Salud (SMS) ha dado luz verde, en su reunión de hoy, a la 'Acción Regional de Salud Mental 2018-2022', una estrategia que incluye la creación de la Gerencia Regional de Salud Mental, cuyo objetivo principal será la plena integración en las nueve áreas de salud de la atención sanitaria a las personas con enfermedad mental. Así, a través de esta gerencia se reorganizarán todos los dispositivos de esta área para alcanzar una atención comunitaria integral que optimice el cuidado a los pacientes.

El consejero de Salud, Manuel Villegas, destacó que con esta nueva estructura "se intensificará la coordinación con Atención Primaria, en su labor de prevención, diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales comunes y con los dispositivos de salud mental para el abordaje de los trastornos mentales graves". El enfoque de la nueva gerencia será "más integral y transversal, para poner a los pacientes en el centro de nuestras acciones", añadió. De los más de 6,7 millones de consultas atendidas en los centros de salud de la Región en 2016, el 16 por ciento fueron a personas con enfermedades mentales relacionadas con la ansiedad, depresión, abuso de alcohol o insomnio, lo que representa aproximadamente un millón de consultas.

Nueva estructura del Rosell

En la sesión celebrada hoy también se ha aprobado la estructura directiva del Hospital Santa María del Rosell, de Cartagena. De este modo, se da cumplimiento a la Ley del Rosell, para conseguir su funcionamiento pleno como hospital general antes del 1 de enero de 2018. La elección de los cuatro cargos: director gerente, director de enfermería, director médico y director de gestión se realizará mediante concurso. El equipo directivo del Rosell trabajará coordinadamente con el del hospital Santa Lucía, con que el que conforma el área de Salud de Cartagena, que abarca los municipios de Cartagena, Fuente Álamo, La Unión y Mazarrón.

Por último, se ha abordado el mantenimiento y soporte de los sistemas de imagen médica "en los que estamos trabajando en los últimos años, y que estamos desarrollando en el campo de la imagen radiológica y no radiológica", a fin de que se pueda acceder desde cualquier punto asistencial de la Región a estas pruebas, simplificando procesos y reduciendo tiempos de espera para el paciente, explicó el consejero.

EL NÚMERO DE DONANTES ANUALES DE MÉDULA ÓSEA EN LA RIOJA SE MULTIPLICA POR CINCO EN DIEZ AÑOS PASANDO DE LOS 71 DE 2008 A LOS 367 DE 2017

- **A lo largo de 2017 se han realizado 15 trasplantes de médula ósea en La Rioja, 118 desde que se inició el programa de trasplante en 2009**



La Rioja consigue ahora cinco veces más donantes anuales de médula ósea de los que conseguía hace diez años, al pasar de 71 donantes en 2008 a 367 hasta el 31 de agosto de 2017. De hecho, en lo que llevamos de 2017 ya hemos superado la cifra alcanzada en todo 2016, que se situaba en 318 donantes.

Coincidiendo con la celebración, el pasado sábado, del Día Internacional del Donante de Médula, la consejera de Salud, María Martín, acompañada por el director del Área de Salud de La Rioja, José Miguel Acitores, ha mantenido una reunión de trabajo con el coordinador de Trasplantes de La Rioja, Fernando Martínez Soba, y profesionales de los distintos servicios implicados.

La consejera de Salud ha explicado que las altas cifras obtenidas de donación son “un motivo de orgullo para todos, y una muestra de la sensibilidad y generosidad de la que siempre hace gala la sociedad riojana”. “Los donantes son los que hacen posible alcanzar la mayor autosuficiencia posible, a nivel nacional, en donantes de médula ósea y de sangre periférica” ha añadido.

Asimismo, Martín ha animado a seguir incrementando estas excelentes cifras de donación porque “donar médula es ayudar a salvar una vida y trae consigo una recompensa para las dos partes; para el donante la de hacer algo grande, y para el paciente la de poder curarse gracias a la generosidad de otros”.

En La Rioja, la edad media de los donantes riojanos inscritos en el Registro Nacional de Donantes de Médula Osea (REDMO) es de 43 años aunque en el último año la edad se ha rebajado hasta los 37 años gracias a, una cada vez mayor, sensibilidad de las personas menores de 40 años. Asimismo, en el 63% de los casos los donantes fueron mujeres.

En lo que se refiere a los trasplantes, hay que señalar que la médula ósea es, junto con la sangre de cordón umbilical (SCU) y la sangre periférica (SP) una de las tres fuentes de células madre sanguíneas. El trasplante de este tipo de células (trasplante de progenitores hematopoyéticos o TPH) se ha consolidado como una alternativa terapéutica para una gran variedad de enfermedades. Está indicado, fundamentalmente, en enfermedades linfoproliferativas, leucemias, enfermedades de la sangre no malignas y, en menor medida, en algunos tipos de tumores sólidos.

A lo largo de 2017 se han realizado 15 trasplantes de médula ósea en La Rioja, todos ellos autólogos es decir, a partir de células del propio paciente. Desde que se inició el programa de trasplante de médula en 2009, se han llevado a cabo 118 procedimientos de médula en el Hospital San Pedro.

En relación a la donación de sangre de cordón umbilical, en lo que llevamos de 2017 se han extraído y remitido desde el Hospital San Pedro al Banco Público de Madrid un total de 37 unidades. Desde el inicio de actividad, en 2009, se ha remitido un total de 570 unidades.

En España, hay almacenadas 64.290 unidades de sangre de cordón umbilical de las 720.502 almacenadas en todo el mundo. Una de cada 312 unidades almacenadas en los bancos españoles es empleada para trasplante cada año.

Gracias a la donación de medula ósea y de sangre de cordón umbilical se realizan en España cerca de 500 trasplantes cada año de donantes no emparentados. En el 83% de los casos de los pacientes en los que está indicado este procedimiento se localiza un donante en los primeros 3 meses de búsqueda y en el 90%, al año.

Plan Nacional de Médula Ósea

El Plan Nacional de Médula Ósea, que cuenta con la participación de todas las comunidades, implica la consecución de un 'cupó' de donantes por cada territorio autonómico, en función de su peso demográfico. En el caso de La Rioja, el número de donantes a 1 de enero de 2017 era de 1.706, cifra que ha ascendido hasta 2.057 donantes a 31 de julio lo que supone un incremento del 21% en los 7 primeros meses del año.

Este plan todavía vigente y en desarrollo de su segunda fase, pretende alcanzar en España la cifra absoluta de 400.000 donantes para el año 2020. A fecha 31 de julio de 2017, nuestro país registraba cerca de 340.000 donantes de médula, con un aumento de un 20% en los primeros siete meses del año.

Estos datos determinan que, de continuar este ritmo de crecimiento, se superará previsiblemente la cifra de los 400.000 donantes en 2018, es decir, dos años antes de lo previsto.

LAS RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES DE EUSKADI DISPONEN YA DE LA RECETA ELECTRÓNICA Y DE ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA DE OSAKIDETZA

El despliegue de la e-recipe o receta electrónica y la historia clínica de Osakidetza en las 300 residencias de personas mayores, tanto públicas como privadas de Euskadi, está ya finalizado, tal y como lo han confirmado el pasado viernes el Consejero de Salud del Gobierno Vasco, Jon Darpón, y la Consejera de Empleo y Políticas Sociales, Beatriz Artolazabal, al término de la visita que han realizado a la residencia Uzturre de Tolosa, en la que han estado acompañados de la Diputada de Políticas Sociales de Gipuzkoa, Maite Peña y de la Alcaldesa de Tolosa, Olatz Peón.

El Consejero de Salud se ha felicitado por el despliegue ya que se ha cumplido el compromiso adquirido por el Gobierno Vasco con la integración de la receta electrónica en el ámbito sociosanitario.

Además, ha destacado que la unificación ***“es un paso importante en la seguridad de las y los pacientes residenciados y para los propios profesionales sanitarios, ya que se eliminan las recetas en papel y además, se puede consultar el tratamiento en la historia clínica, minimizando con ello los errores de medicación y favoreciendo el seguimiento de la adherencia al tratamiento”***.

El Consejero ha señalado, también, que la puesta en marcha de e-recipe en el ámbito sociosanitario ***“es un avance hacia la sostenibilidad de nuestro sistema de salud y, por encima de todo, la constatación de que trabajando en equipo con el Departamento de Empleo y Políticas Sociales, las Diputaciones Forales y los Ayuntamientos, en el marco del Consejo Sociosanitario, estamos apuntalando una atención sociosanitaria puntera y de calidad, adaptada a las necesidades de las personas mayores”***.

Artolazabal por su parte ha recalcado que “la atención a las personas debe prestarse teniendo en cuenta sus **condicionantes sociales y de salud** y precisamente, en el marco de este **Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria** estamos trabajando en las nuevas líneas que marcarán la **Estrategia 2017-2020**. Para ello tenemos en cuenta aspectos como la estructura, la organización, la financiación o la innovación”.

Actualmente, Euskadi cuenta con **300 residencias**, públicas y privadas, que dan atención a cerca de **20.000 personas**, quienes se benefician ya, de una mayor seguridad médica y farmacéutica. Las personas residenciadas presentan problemas de salud crónicos y la mayoría está polimedicadas. **El 68% toma 5 o más medicamentos y el 33% tiene prescritos 10 o más fármacos**.

Durante 2016 se tramitaron un **millón y medio de recetas**, lo que supone un **consumo anual de casi, 75 medicamentos por persona residienciada**. Además, cerca del 90% de ellas requiere de absorbentes de incontinencia y el 10%, de productos dietéticos. En lo que respecta a este año, **entre los meses de enero a julio**, se han dispensado electrónicamente **243.000 recetas**. **A fecha de hoy, el 60% de las recetas realizadas en este ámbito, son ya electrónicas**.

El Consejero, Jon Darpón, ha recordado que el desarrollo de la receta electrónica en las residencias viene acompañado de la accesibilidad a la historia clínica de Osakidetza que es, desde el pasado año, de uso compartido en el ámbito de las residencias de las persona mayores, lo que ha redundado en una mejora diagnóstica y de tratamiento para las personas usuarias. Actualmente, está implantada en más del 90% de residencias, esperando finalizar su operatividad el mes que viene.

La incorporación de todas las residencias vascas a e-rezeta y a la historia clínica es un paso decisivo en la configuración del nuevo modelo de gestión para la prestación y dispensación farmacéutica llevado a cabo por el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y Osakidetza, y que llega a su fin, tras un proceso de cambio que ha necesitado de un año de implantación y en el que han colaborado todas las instituciones vinculadas al ámbito sociosanitario.

Hasta ahora, la prestación se venía realizando con recetas en papel y diferenciadas del resto. La integración con e-rezeta conlleva el acceso compartido a la Historia Clínica de Osakidetza y con ello, la consulta del tratamiento activo de la persona residienciada. Esto aporta una mayor seguridad para el paciente, mejora la calidad asistencial y de los procesos de prescripción y dispensación y, la sostenibilidad de nuestro Sistema de Salud.

La receta electrónica ha contribuido a la seguridad clínica al prevenir errores en la medicación y conocer la adherencia al tratamiento, además de reducir la frecuentación al centro de salud para recoger recetas. En cuanto a la dispensación, evita interpretaciones equivocadas de las recetas manuscritas y permite un seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes.

Por su parte, las personas están mejor informadas al recibir la hoja de tratamiento donde, de forma clara, se detallan las indicaciones del mismo. **Desde su implantación**, se han dispensado **124 millones de recetas electrónicas**, siendo, actualmente, **el 96% de las dispensaciones realizadas**.

Otras de las ventajas que conlleva la receta electrónica es que incorpora beneficios como la revisión y ajuste de los tratamientos, sobre todo los de larga duración, así como evitar los botiquines caseros y las medicaciones sobrantes, ya que la recogida de la medicación es mensual en lugar de trimestral.

PERTENECEN A RIBERA SALUD, AYUNTAMIENTO Y DIPUTACIÓN**C. VALENCIANA: LA GENERALITAT EXPROPIARÁ FORZOSAMENTE LAS PARCELAS QUE RODEAN EL HOSPITAL DE LA RIBERA**

(Estefanía Pastor).- La Generalitat Valenciana expropiará forzosamente las parcelas que rodean al Hospital de La Ribera con motivo de su vuelta a lo público el 1 de abril de 2018. Así lo recoge el anteproyecto de Ley de Medidas Fiscales, de Gestión administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalitat, más conocida como ley de acompañamiento.

El anteproyecto declara de "utilidad pública e interés social" los aparcamientos del hospital y sus accesos. La empresa gestora, Ribera Salud, compró un terreno para ampliar el parking al considerar insuficiente el de titularidad pública. La compañía liderada por **Alberto de Rosa** también es propietaria del terreno donde se alberga la rotonda de entrada al recinto y que junto a la parcela del parking irán a manos de la administración pública. "Se trata de normalizar la situación de la superficie, que debe estar a nombre de la administración", señalan desde la Conselleria de Sanidad.

Esta expropiación forzosa también afectará a todas aquellas parcelas incluidas dentro de la manzana perteneciente a la red primaria y que están calificadas como 'dotacional de servicios públicos' por el Plan General de Alzira. La titularidad de éstas, según explican desde el departamento de **Carmen Montón**, están repartidas entre Ayuntamiento, Diputación de València y algún particular. No obstante, marca como excepción aquellas en las que está construido el Hospital, que ya son propiedad de la Generalitat. "Esta expropiación forzosa, que recuerda a otras latitudes, demuestra que la reversión del hospital de Alzira ya empieza a costarle mucho dinero a los valencianos, y que se genera un problema donde nunca antes lo había habido. Y es la punta del iceberg", señala el gerente del Hospital de La Ribera, **Javier Palau**.

Regulación del "personal a extinguir" de La Ribera

La disposición adicional sexta del anteproyecto de la ley de acompañamiento también regula el traspaso del personal de Ribera Salud a la administración pública. Lo hace basándose en el artículo 44 del Estatuto de Trabajadores, relativo a la sucesión de empresas. "Se subrogará la condición de empleador que la empresa concesionaria, Ribera Salud, ostentaba en los contratos de trabajo celebrados, al amparo del Estatuto de los Trabajadores, para la incorporación del personal necesario para la prestación del servicio, ya fueran temporales o indefinidos", recoge la norma. "El personal afectado seguirá en sus puestos en condición de personal a extinguir, desempeñando sus tareas y con idéntica condición de personal laboral hasta que cese por fallecimiento, jubilación o cualquier otra causa legal.

No será obstáculo a lo anterior la calificación de las plazas que pueda ocupar este personal como propias de personal estatutario, pudiendo desempeñarlas transitoriamente en la condición a extinguir". El anteproyecto de la ley de acompañamiento recuerda que la condición plena de personal estatutario solo podrá adquirirse mediante la superación de unas oposiciones. La condición de indefinido no fijos que adquieren los trabajadores no supone nada más que el tener contrato laboral con la administración. La expresión de "personal a extinguir" deja constancia de que a pesar de la voluntad del gobierno valenciano de mantener a los trabajadores de Alzira, si se convocara una Oposición Pública de Empleo para La Ribera podrían perder sus puestos, de la misma forma que si el gobierno de turno tomara la decisión de realizar despidos. Como ya señaló la consellera de Sanidad, **Carmen Montón**, el personal estatutario fijo dependiente de la conselleria pero que tenga contrato de trabajo indefinido con Ribera Salud tendrá la opción de mantener esas condiciones con la administración. También podrá solicitar la reincorporación al servicio activo como estatutario fijo en las condiciones previstas en el Estatuto del Personal Estatutario de los servicios de Salud. El mismo derecho se les reconoce a aquellos estatutarios fijos que fueron declarados en situación de excedencia por incompatibilidad. Esta decisión deberá ser comunicada en el plazo máximo de tres meses a partir de la fecha en la que se ejecute la reversión. En el caso de que éstos optaran por mantener la vinculación laboral derivada de la empresa concesionaria será declarará en situación administrativa de excedencia por prestación de servicios en el sector público.

COMUNIDAD VALENCIANA: "LA LEY DE ACOMPAÑAMIENTO CALIFICA AL PERSONAL DEL HOSPITAL DE LA RIBERA COMO 'PERSONAL A EXTINGUIR' Y AUMENTA LA INCERTIDUMBRE

- **La asociación que defiende el modelo Alzira recuerda que la propia Ley de Acompañamiento de los Presupuestos de la Generalitat 2018 asume que la convocatoria de una Oferta Pública de Empleo o la decisión de despedir a la plantilla está en manos de la Conselleria "y por eso los sindicatos tampoco se fían y reconocen cautela"**

SanitatSolsUna, la asociación de profesionales y ciudadanos que defiende el modelo Alzira, ha alertado sobre "el aumento de incertidumbre para los profesionales a medida que se acerca el plazo para la reversión del Hospital de La Ribera". El último "globo sonda" ha sido la referencia que se hace al proceso en la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos de la Generalitat para el año 2018. "Esta ley califica al personal del Hospital de La Ribera como 'personal a extinguir', aumenta así la incertidumbre de 2.000 trabajadores del departamento de salud y los condena a una precarización laboral", han asegurado desde la asociación. "Parece que hasta el trámite obligatorio de publicación en el Diario Oficial, el Consell ha estado ocultando esta denominación y utilizando mediáticamente y en las Cortes la de indefinido no fijo, una figura que ya era de por sí inquietante, puesto que más del 90% de los trabajadores actualmente tienen la condición de indefinidos en la concesión", han recordado.

Con esta nueva nomenclatura, añaden desde SanitatSolsUna, se evidencia el escenario de inestabilidad que vienen anunciando expertos laborales", han asegurado desde la asociación, puesto que ahora una ley también reconoce que la convocatoria de una Oferta Pública de Empleo o, simplemente, la decisión de despidos más o menos generalizados, puede dar al traste con la estabilidad de la plantilla del departamento de salud. Quizás por eso, añaden, los sindicatos "han aplaudido con la boca pequeña la medida, apelando en el escrito del comité de empresa a 'la debida prudencia y cautela, lo que delata que ellos tampoco se fían de Carmen Montón y la Generalitat". "Los trabajadores van a pasar de tener claras las condiciones de un empleo indefinido y un salario con incentivos a no saber a qué se exponen con una calificación de indefinido no fijo, de dudosa legalidad, y la consideración de personal a extinguir en la Ley de Acompañamiento", han añadido. "Hay mucho ocultismo y falta de transparencia en el proceso cuando tan solo faltan seis meses para la reversión anunciada por la Conselleria".

De "fijos a no fijos" y más costes con expropiación

Para la asociación, "lo que está claro es que los cerca de 2.000 profesionales de La Ribera salen perdiendo con este proceso ya que como dice el anteproyecto publicado ayer se pueden convocar oposiciones legalmente. Y es que, como afirman diversos expertos en derecho laboral, la figura, personal a extinguir, o como indefinido no fijo, no se puede mantener indefinidamente, y eso "obliga a la Administración a convocar oposiciones". De lo contrario, añaden, "cualquier aspirante a trabajar en La Ribera podría reclamar este derecho en cualquier momento", indican desde la asociación.

Actualmente, el 92,81 % de los trabajadores laborales de la Ribera son fijos, mientras que en los demás centros sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana tan solo un 62,5 % son fijos (personal estatutario). Si finalmente los empleados pasan a ser indefinidos no fijos, en caso de despido o de no superar las oposiciones, sólo tendrían derecho a 12 días de indemnización por año trabajado, frente a los 45 o 33 que tienen actualmente, según cada caso. En el caso de concurrir a las oposiciones, y dado que es obligatoria la aplicación de la normativa nacional, como ha reconocido la propia Consellera, no tendría ningún valor la antigüedad en el departamento, lo que sin duda generará una gran frustración entre los profesionales.

Con respecto a la anunciada expropiación de los terrenos adyacentes para parking y accesos, la asociación ha alertado sobre "nuevos costes del proceso de reversión que hasta ahora se habían ocultado". Se empieza a vislumbrar que la reversión del Hospital de Alzira le va a costar mucho más dinero del previsto a los valencianos". "Para expropiar esos terrenos, la Generalitat deberá indemnizar a propietarios con dinero de las arcas públicas en un proceso que puede ser largo y complejo", aseguran desde la asociación.

MADRID: AMYTS CUESTIONA EL PROCESO DE SELECCIÓN DE LOS NUEVOS GERENTES DE HOSPITALES



La ratificación, por parte del Consejo de Administración del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), esta semana, de Joseba Andoni Barroeta y de Fidel Illana, respectivamente como gerentes de los hospitales Gregorio Marañón y La Princesa, ha reavivado la polémica en torno al proceso de nombramiento de gerentes en la Comunidad de Madrid.

AMYTS, ya desde el momento en que se tuvo conocimiento del nombre de los designados formuló sus críticas a este proceso. Como se recordará, en declaraciones a EL BOLETÍN.COM el pasado mes de agosto, el secretario general del sindicato médico, Julián Ezquerro, señalaba que “la ‘libre designación’ se haga como se haga, se vista como se vista, es un nombramiento a dedo. Con lista de candidatos, pero a dedo” y la propia Comunidad de Madrid asume que este método es algo “excepcional” para la “provisión de puestos de trabajo”.

En cuanto a las bases del concurso por el que se ha designado a los gerentes de el Marañón y La Princesa, que establecen la necesidad de acreditar una serie de “criterios” que luego evaluará una Comisión de Valoración, Ezquerro consideraba que es un “paripé” para “dar publicidad” y vender “la profesionalización” ya que ni tan siquiera se especifica cuánto se valora cada ‘mérito’ – apuntaba al citado medio.

Tras producirse la ratificación de los gerentes por parte del Consejo de Administración del SERMAS, distintos medios recuperan la posición de AMYTS, que mantiene que lo que la Consejería de Sanidad insiste en llamar “concurso público”, realmente es un proceso por “libre designación”.

Ezquerro: “No es contra los gerentes, sino contra el sistema selectivo”

En el acto de toma de posesión, celebrado el 14 de septiembre, según recoge REDACCIÓN MÉDICA, Sánchez Martos asegura que “se ha hecho todo lo que permite hacer la legislación actual para objetivar este tipo de procesos selectivos” y añade que en el Consejo de Administración en el que se ratificó el nombramiento de los gerentes del Gregorio Marañón y de la Princesa, los sindicatos “se abstuvieron en la votación de estos cargos y, según recuerda el consejero, el representante del sindicato de facultativos no expresó ninguna opinión”.

Por alusiones, el secretario general de AMYTS responde al consejero a través de una **CARTA ABIERTA**, en la que explica que, efectivamente, se abstuvo, “pues entiendo que la decisión de nombrar es competencia de la Consejería, pues se trata de nombramientos de libre designación” y subraya no haber realizado nunca manifestación alguna contra los profesionales propuestos, “ni mucho menos, pues no pongo en duda su competencia, su cualificación, su honestidad y su experiencia”. Ezquerro recuerda asimismo al consejero que en el Consejo manifestó su contrariedad por haberse enterado de los nombramientos por los medios de comunicación, y que manifestó, una vez más, que los puestos ofertados lo han sido de “libre designación con oferta pública” y no son por un “concurso de méritos”. Finalmente, el secretario general de AMYTS sugiere al consejero que “en aras de la transparencia” se hagan públicas las actas del Consejo en vez de hacer “revelaciones parciales e interesadas”.

A CONTINUACIÓN, LA CARTA REMITIDA AL CONSEJERO

CARTA ABIERTA A JESÚS SÁNCHEZ MARTOS, CONSEJERO DE SANIDAD

Estimado Consejero:

Ante manifestaciones públicas, respuesta pública. Es lo justo.

Me ha llegado una información que hace referencia a declaraciones tuyas efectuadas en la mañana de hoy, en relación al nombramiento de los Gerentes del Hospital Gregorio Marañón y Hospital de la Princesa. No salgo de mi asombro cuando leo, y debo interpretar que lo dicho es cierto, pues no pongo en duda la veracidad de lo publicado en un medio sanitario como redacción médica, que bajo el titular **“La elección de directivos sanitarios será aún mejor con la nueva ley”**, **aparecen frases que cito textualmente a continuación:** “Ninguno de los sindicatos presentes en el Consejo de Administración emitió un **voto negativo**”; “según recuerda el consejero, el representante del sindicato de facultativos no expresó ninguna opinión”

Llegado a este punto, me gustaría matizar algunas cosas.

Primera. Mi extrañeza por ver cómo no es la primera vez que se manifiesta dando a conocer lo debatido o lo acontecido en el seno de las reuniones del Consejo de Administración. Y lo digo siendo consciente de que la transparencia debe imperar y como bien conoce, se planteó en el Consejo que las actas fueran públicas, algo que hasta ahora y no sé bien por qué motivo, no lo son. Creo que es más apropiado hacer públicas las actas y no “revelaciones parciales e interesadas”.

Segunda. En el Consejo celebrado el pasado 12 de septiembre se trataron las propuestas de nombramiento de los gerentes de los Hospitales Gregorio Marañón y La Princesa. Efectivamente, yo me abstuve pues entiendo que la decisión de nombrar es competencia de la Consejería, pues se trata de nombramientos de libre designación. Nunca he realizado manifestación alguna contra los profesionales propuestos, ni mucho menos, pues no pongo en duda su competencia, su cualificación, su honestidad y su experiencia.

Tercero. En el Consejo manifesté ni contrariedad por haber vuelto a vivir lo que sucedía hace años, que nos enterábamos de los nombramientos por aparecer en los medios de comunicación sanitarios antes de la celebración de la reunión del Consejo.

También manifesté que no parece oportuno que se anunciara por parte de la Presidenta Cifuentes los nombres de los propuestos, con un mes de antelación. Así mismo, manifesté que los puestos ofertados lo han sido de “libre designación con oferta pública”, no son por un “concurso de méritos”. Los concursos de méritos deben venir acompañados de criterios a valorar, cuantificados, con baremos, etc.

Puestos a desvelar lo que se dijo en ese Consejo, podemos decir también que el Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria, César Pascual, explicó que ante las críticas constantes hacia los candidatos seleccionados (y omito deliberadamente algunos detalles que no son necesarios), se decidió adelantar los nombres. En ese momento yo intervine para decir que lo razonable habría sido convocar un Consejo extraordinario y urgente para proceder a su nombramiento; es más, también comenté que dada la situación vivida este verano en ambos hospitales, mejor hubiera sido tener ya un gerente que los asumiera. Propuesta esta que los Consejeros y usted mismo vieron como razonable.

Para finalizar, creo imprescindible que en aras de la transparencia se hagan públicas las actas del Consejo, al igual que desde hace ya un tiempo se hacen las de la Mesa Sectorial de Sanidad. O el “deber de sigilo y no hacer públicas las deliberaciones del Consejo de Administración” rige para todos, o que se publiquen las actas de las reuniones del Consejo. Y la crítica hay que saber asumirla; criticar sin menospreciar a nadie es bueno; la crítica constructiva aporta; es preferible que escuche una crítica que no una clac de aduladores.

Un cordial abrazo.

Fdo: Julián Ezquerro Gadea
Secretario general de AMYTS

“ESPERO QUE LA “OPOSICIÓN” NO NOS DECEPCIONE. DEL GOBIERNO,... POCO ESPERO DEL GOBIERNO”

- POR JULIÁN EZQUERRA, SECRETARIO GENERAL DE AMYTS

Dice Sylvia Plath en su libro “la campana de cristal” que **“si nunca esperas nada de nadie nunca te decepcionarás”**. Una realidad muy evidente, aunque por lo general todos tenemos anhelos y esperanzas en espera de que se cumplan, y personas en las que confiamos lo hagan posible.

Todos los compañeros tenemos en estos momentos una ilusión que nos une. Después de tantos años de recortes, de pagar la mala gestión de nuestros políticos, de ver como el sistema se desmorona, de sufrir contratos precarios, rebajas de sueldo de hasta un 30%, aumento de horarios ficticios que solo eran un nuevo recorte salarial, intentos afortunadamente frustrados de privatizaciones, y otras muchas maldades, la presión hizo que, por fin, se relanzara la carrera profesional. Ellos (los políticos) provocaron el fuego y a nosotros (los profesionales) nos quitaron el agua para apagarlo.



El pasado mes de enero se firma, por fin, el esperado acuerdo que reactiva la carrera profesional; con ello se crea una gran expectativa, cierta ilusión y esperanza, en algunos incredulidad y, en muchos, malestar por cómo se hace tras estar parada tantos años. No sin dificultades (no olvidemos lo sucedido con la Ley de presupuestos que seguía sin reconocer la carrera), tras denuncias públicas, mucho ruido y levantar la voz, la Consejería enseña un informe jurídico que viene a decir que se puede reconocer el cambio de nivel a efectos administrativos. Todo sigue adelante. Una primera prórroga y después una segunda, hacía ver a muchos compañeros que esto no acabaría bien; que volverían a toearnos y a llevarnos en palabras. Lo cierto es que la fecha de final de entrega de documentación para valoración de cambio de nivel, está ahí mismo, a escasas dos semanas. El 30 de septiembre finaliza la primera y compleja etapa. Miles de profesionales han recabado documentación, certificados, méritos de todo tipo, los han organizado, los han metido en archivadores e incluso en maletas, y se están entregando para ser valorados.

Los comités de valoración están constituidos, la maquinaria a punto, seguramente costará reiniciar su funcionamiento y se tardará un poco en ponerla a pleno rendimiento; pero es inexcusable que estos comités terminen sus evaluaciones y que, a fin de año, el Director General de Recursos Humanos firme los famosos “papeles amarillos” (así eran en el 2007) que reconocen a cada uno su nivel de carrera profesional. En este camino, repleto de dudas, seguro que también de muchas situaciones injustas, y de otras de gran alegría, veremos problemas y algunas piedras en el camino. Lo peor es que muchas de estas serán puestas por nuestros propios compañeros (de hecho ya lo estamos viendo), y es que a veces no hay peor enemigo que el que tienes a tu lado.

Pero aquí no puede terminar la historia. El fin de la historia lo tenemos que escribir diferentes actores. Después de tantos años de ver incumplimiento tras incumplimiento por parte de este Gobierno de la Comunidad de Madrid, ya tengo mínima o nula confianza en ellos. El siguiente paso, el del abono de la carrera profesional, hay que obtenerlo con la presión y apoyo de todos, y lo más importante, haciendo que la oposición política nos respalde. No soy ingenuo, creo en ellos lo justo. Pero tienen la oportunidad de demostrarnos que están dispuestos a cambiar las cosas, que apoyan a los profesionales y al servicio público.

Evidentemente, y viendo como se desarrollaron los presupuestos de este Gobierno en minoría, a nadie se le escapa que la llave que puede abrir esta lata, la tiene en su mano el grupo de Ciudadanos. El pasado año nos defraudaron, no sé si a sabiendas o por ignorancia, pero nos defraudaron. De los otros dos partidos de la oposición (Partido Socialista y Podemos), aunque solo sea por demostrar que están en disposición de cambiar la situación, no espero otra cosa que el apoyo al pago de la carrera. Esto último lo tengo que ver. Tengo muchas dudas. A diferencia de lo que decía Sylvia Plath, yo si espero algo y confío en que no me decepcionen.

LA COALICIÓN CESM GALICIA – O'MEGA CONVOCA HUELGA POR LA CARRERA PROFESIONAL

- **HUELGA DE FACULTATIVOS DEL SERGAS**

Con motivo del rechazo por parte de la administración a negociar la CARRERA PROFESIONAL para los Facultativos del SERGAS.

La coalición electoral de Sindicatos Médicos, CESM-Galicia y O'MEGA han procedido a presentar por registro la convocatoria de huelga, convocando a todos los Facultativos del SERGAS a ir a la huelga los días 2 y 3 de noviembre de 2017 y si no hubiera un acuerdo con la administración a partir del 4 de diciembre sería indefinida.

La coalición de sindicatos médicos profesionales de Galicia (CESM-Galicia y O'Mega) siente comunicar a la sociedad gallega que se ha visto abocada a convocar una huelga del personal facultativo en el ámbito del SERGAS.

Tras reiterados e infructuosos intentos de iniciar una negociación sobre carrera profesional con el SERGAS, que se ha negado sistemáticamente siquiera a hablar; y ante la lamentable situación de discriminación que sufren los médicos gallegos frente a los del resto del estado no nos ha dejado otra salida.

La carrera profesional no es sólo una cuestión salarial como pretenda dar a entender la Administración, esta simplemente es una consecuencia. Es una garantía para el paciente de la calidad y actualización del sistema sanitario. Un estímulo para el profesional y una obligación para la Administración que ha abandonado totalmente la formación y permanente actualización de su personal facultativo, obligando a éste a hacerlo por su cuenta y en su tiempo libre.

Por ello, si Galicia quiere contar con un sistema público de salud puntero, debemos exigir, y así lo hacemos convocando esta huelga, que nuestra Comunidad se ponga a la altura del resto del Estado y ponga las bases para que sus profesionales puedan contar con las mismas oportunidades de desarrollo profesional que los demás facultativos españoles.

Procuraremos, como siempre hacemos, que las consecuencias para los pacientes sean las mínimas. También esperamos su comprensión y apoyo, pues el fin es dar una asistencia mejor y de mayor calidad.

La huelga se convoca para los días 2 y 3 de Noviembre y, posteriormente, de forma indefinida a partir del 4 de Diciembre. Como se puede comprobar por las fechas propuestas, damos tiempo más que suficiente al Sergas y a la Xunta de Galicia, para que abra una negociación que permita desconvocarla, bien sea en su primer tramo o en el segundo.

A CONTINUACIÓN, LA CARTA REMITIDA A LA CONSEJERÍA DE SANIDAD GALLEGA



Galicia

CONFEDERACIÓN ESTATAL DE
SINDICATOS MÉDICOS



O'MEGA

MÉDICOS DE GALICIA
INDEPENDIENTES

Santiago, 15 de Septiembre de 2017

CONSELLERÍA DE SANIDADE

Edificios Administrativos de San Lázaro

San Lázaro, s/n.

15703-SANTIAGO DE COMPOSTELA

REGISTRO XERAL DA XUNTA DE GALICIA
REGISTRO DE SANIDADE
SANTIAGO DE COMPOSTELA

Data 15/09/2017 10:05:5

ENTRADA 20674 / RX 2267220



Por un lado:

JOSÉ VÍCTOR CRESPO COMESAÑA, con DNI nº 36.005.072-K, y domicilio, a efecto de notificaciones, en Príncipe 22, 4º Local 63 -36202-VIGO-, en su condición de Presidente y como representante de la **Organización Sindical de Médicos de Galicia Independientes –O'MEGA-** :

Por otro:

JOSÉ MARÍA ESCUDEIRO SOTO, con DNI nº 36.014.916-K, y domicilio a efectos de notificaciones en Ramón y Cajal 15, 1º D-15006-A CORUÑA-, en su condición de Presidente y como representante del **Sindicato de Médicos de Galicia (SIMEGA-CESM Galicia)**

Ambas organizaciones sindicales conforman una Coalición y, por tanto, juntos y en su nombre y representación

EXPONEN:

Que en cumplimiento de lo dispuesto en el Real Decreto-Ley 17/1977, de 4 de Marzo, y por medio del presente escrito comunico a la **Consellería de Sanidade**, el acuerdo de declaración de **HUELGA** en el colectivo de Facultativos dependientes del Servicio Galego de Saúde, sin realizar distinciones en cuanto a la fórmula contractual de esa dependencia, bien sea como propietarios, interinos o eventuales, con contratación laboral o estatutaria. Se incluye a los Facultativos en período de formación (MIR, BIR, FIR, QUIR, etc.).

La decisión de la convocatoria de huelga se acordó en el transcurso de las reuniones que estas Organizaciones Sindicales realizaron, con el visto bueno de sus correspondientes Comités Ejecutivos y en el marco de las deliberaciones realizadas en el seno de la Coalición constituida por CESH-Galicia y O'MEGA y con los representantes de los sectores implicados, de todo lo cual se levantaron las correspondientes actas.

Los términos en los que se convoca son los siguientes:

Desde las 0 horas (cero horas) del día 2 (dos) de Noviembre hasta las 24 horas (veinticuatro horas) del día 3 (tres) de Noviembre.

Con carácter indefinida a partir de las 0 horas (cero horas) del día 4 (cuatro) de Diciembre

La Coalición CESM-O'MEGA tomó esta decisión una vez agotados los reiterados intentos, realizados por nuestra parte, y de los trabajadores, de llegar a acuerdos que solucionasen la situación, y la nula respuesta recibida no nos deja otra salida que las movilizaciones, en un intento de llegar a una solución pactada que ponga remedio a las crecientes carencias asistenciales, así como a la situación de insatisfacción, malestar laboral y profesional, que aqueja al colectivo implicado en esta convocatoria de huelga.

Por todo ello, nuestra **tabla reivindicativa** consta de los siguientes puntos:

Negociación de la Carrera Profesional definitiva para Facultativos tanto propietarios como eventuales.

Esta negociación deberá contar con las siguientes premisas:

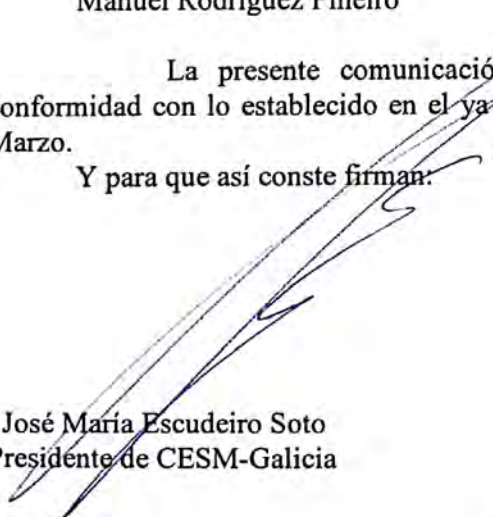
- a) .-. Negociación de un calendario con fecha de inicio y final cerrado.
- b) .-. Reactivación del proceso extraordinario de Carrera Profesional para aquellas personas que vieron paralizado dicho proceso.
- c) .-. Negociación en el mismo tiempo y en paralelo de un nuevo proceso extraordinario de Carrera Profesional, similar al ya realizado, para quienes tienen el tiempo suficiente para acceder a uno o varios niveles.


El Comité de Huelga está compuesto por:

Armada Rodríguez, Emilio	DNI nº 33.228.408-K
Celi Alzamora, Roberto	DNI nº 33.278.520-G
González Cancedo, M ^a Nuria	DNI nº 36.091.301-T
Méndez-Bengassi Gamallo, Antonia	DNI nº 33.247.658-P
Montes Álvarez, María	DNI nº 36.050.012-L
Otero Peña, Antonio	DNI nº 32.637.187-A
Revenga Lama, Carmen	DNI nº 35.281.668-J
Tallón Garrido, Marina	DNI nº 32.434.508-J
José María Escudeiro Soto	DNI nº 36.014.916-K
Manuel Rodríguez Piñeiro	DNI nº 33.228.694-L

La presente comunicación se realiza a todos los efectos legales, de conformidad con lo establecido en el ya mencionado Real Decreto-Ley 17/1977, de 4 de Marzo.

Y para que así conste firman:


José María Escudeiro Soto
Presidente de CESM-Galicia


José Víctor Crespo Comesaña
Presidente de O-MEGA


GALICIA
CONFEDERACIÓN ESTATAL
DE SINDICATOS MÉDICOS


O' MEGA
MÉDICOS DE GALICIA
INDEPENDIENTES

GALICIA: LOS EXPEDIENTES A MÉDICOS QUE TRABAJAN TAMBIÉN EN LA PRIVADA INDIGNAN AL SECTOR

- **Los colegios profesionales afirman que ya hay facultativos que han dejado el Sergas**

(Elisa Álvarez).- Bajo el título *Mi adiós a la sanidad pública*, César Ramírez, jefe de cirugía general y digestiva de un hospital andaluz, explicaba en una carta abierta por qué abandonaba la sanidad pública. La falta de incentivos profesionales, las dificultades para conciliar o el escaso apoyo de sus responsables le llevaron a tomar la decisión de irse a un centro privado.

En Galicia ya **hay médicos que deciden abandonar la sanidad pública**: «Los hay, no es ni mucho menos masivo, sino un goteo, pero incluso está pasando en sitios pequeños en donde ni siquiera hay mucha oferta de hospitales privados». José Luis Jiménez, presidente del Consello Galego de Colexios Médicos, alerta de que, si no se cambia la ley de incompatibilidades, si no se da una mayor flexibilidad al sistema público o se modifica la estructura salarial, el sistema público de salud corre un riesgo de «mediocrización».

El malestar de los colegios médicos se ha acrecentado tras los **expedientes a facultativos que trabajan en el sector público y en el privado**. Se trata de profesionales que llevan años compatibilizando estas tareas y que no ven a pacientes derivados de hospitales públicos, que es lo que precisamente quiere evitar la Ley 53/1984.

Los **médicos renuncian a más de 800 euros mensuales al no cobrar la dedicación exclusiva**, pero han visto cómo les abrían un expediente porque antes de que se les concediese la compatibilidad se produjo una denuncia que derivó en un proceso sancionador. Jiménez confía en que todos estos expedientes se cierren de forma satisfactoria y sin sanción, pero alerta de los agravios comparativos que se producen no solo entre autonomías, sino dentro de la comunidad.

«Galicia es la más fundamentalista aplicando esta ley», explican desde el Consello Galego, lo que lleva a que se deniegue la compatibilidad a los médicos que trabajan en un hospital que tiene concierto con el Sergas, aunque nunca desarrollen actividad concertada.

«Hay un doble rasero para valorar la petición de compatibilidad en aquellos médicos que trabajan en este entorno, frente a los que trabajan en una consulta particular en su domicilio», aclara Jiménez. Es decir, **no se pone ninguna objeción a que un ginecólogo trabaje en el Sergas y en su consulta, pero sí a que lo haga en la pública y en un centro concertado**, aunque solo tenga pacientes privados y nunca derivados de este concierto.

De hecho, aclara José Luis Jiménez, los expedientes a los que hacen referencia desde los colegios no se abren por atender a pacientes concertados -lo que sí estaría considerado como fraudulento-, sino por trabajar en la privada a la espera de obtener la compatibilidad. Los médicos aseguran que han puesto esto en conocimiento de Sanidade, donde «están dispuestos a hablarlo, pero no hacen ni el más mínimo movimiento para resolver el problema», apunta Jiménez.

Tecnología contra el fraude

El propio conselleiro de Sanidade, Jesús Vázquez Almuíña, reconocía hace unos meses que la ley es antigua y hay que modificarla, pero los colegios piden que mientras no se cambie, ya que es estatal, al menos se adapte o se busque una solución para amparar a los médicos que compaginan el sector público y privado.

Y es que, desde el año 84, el desarrollo de las tecnologías y del sistema lanus, que permite comprobar qué profesionales acceden al historial del paciente, ya ofrecen herramientas para evitar lo que pretendía la ley, «que se utilice la sanidad pública para trasladar a pacientes a la privada en momentos de lista de espera alta», por lo que cree «que esta ley debe cambiarse», concluye el portavoz médico.

Los hospitales concertados reclaman un criterio único para los sanitarios

La Asociación de Hospitales de Galicia, que engloba a los centros sanitarios que tienen concierto con el Sergas, no es ajena a las consecuencias de la rígida aplicación de la ley. Y es que son fundamentalmente los profesionales que quieren trabajar en sus clínicas los que se encuentran con la negativa a la compatibilidad.

De ahí que la entidad haya remitido a la Consellería de Sanidade una serie de propuestas para aplicar la legislación con criterios objetivos y transparentes. En primer lugar, Ahosgal reclama una actualización de la ley, al igual que el conjunto de la profesión médica, y mientras no se modifica que la Xunta apruebe los cambios para adecuar «la normativa a la nueva situación de la gestión sanitaria».

Coinciden, por ejemplo, en que con las nuevas tecnologías y el caso del lanus en Galicia es más sencilla la lucha contra las prácticas fraudulentas. La asociación defiende que la compatibilidad se rijan por criterios objetivos para todos los médicos que trabajan en la pública y en la privada, tanto si lo hacen en centros con actividad concertada como si lo hacen en otro tipo de clínicas o por cuenta propia.

Además, creen que la consideración de ente público de aquellos centros sanitarios con concierto con el Sergas debe ser restringida a las especialidades concertadas y no a las que no lo están. Es decir, coinciden con los colegios en que se autorice la compatibilidad a todos los profesionales del sector público que no atienden a pacientes concertados, aunque trabajen en un hospital con actividad concertada.

EL SINDICATO MÉDICO DE MÁLAGA RESPALDARÁ LAS ACCIONES DE 'BASTA YA' EN DEFENSA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.- POR ÁNGEL ESCALERA

- La organización sindical malagueña celebra la creación de esa asociación, constituida por unos 300 facultativos

El **Sindicato Médico de Málaga (SMM)** apoya la creación de la Asociación 'Basta ya', constituida por unos 300 médicos de atención primaria, y apoyará las acciones y reivindicaciones que ese colectivo lleve a cabo en defensa de la sanidad y de los centros de salud.



El SMM se ha pronunciado de ese modo a través de un comunicado que ha hecho público este sábado, en el que indica que la constitución de este tipo de asociaciones, que refuerzan el trabajo de los sindicatos, "es la herramienta perfecta para vehicular las reclamaciones contra el Servicio Andaluz de Salud (SAS), que está dando sobradas muestras de que necesita una mejor y más responsable gestión de sus recursos".

El **Sindicato Médico** explica que hace suyos los fines de 'Basta ya' de Málaga en el sentido de que también lucha desde hace tiempo por reducir las desigualdades en la atención sanitaria, así como la promoción y la defensa de un sistema sanitario público financiado mediante impuestos, universal, igualitario, accesible y eficiente.

'Basta ya' se constituyó como asociación en una asamblea celebrada el pasado jueves en el Colegio de **Médicos de Málaga**, donde nombró a su junta directiva y acordó enviar una carta a los directores de los centros de salud del distrito sanitario Málaga para que reflexionen y colaboren en el impuso de las medidas que se reclaman al SAS para la mejora de la atención primaria.

'Basta ya' está a la espera de reunirse con la Administración para exponer sus planteamientos y que estos sean escuchados y atendidos.

En ese sentido, el **Sindicato Médico** considera que a la atención primaria, como columna vertebral del SAS, hay que darle "una mayor dignificación y prioridad real y absoluta". Asimismo, el SMM exige una despolitización y transparencia del sistema sanitario andaluz.

EL COLEGIO DE MÉDICOS DE MURCIA CELEBRA EL CENTENARIO DE LA FUNDACIÓN PARA LA PROTECCIÓN SOCIAL

- **El acto se celebrará el jueves 28 de septiembre, a partir de las 19:00 horas, y contará con la presencia de profesionales, autoridades, beneficiarios, representantes de la Organización Médica Colegial y personas vinculadas al ámbito de la Sanidad y las prestaciones sociales**

El Colegio de Médicos se suma a la celebración del centenario de la Fundación para la Protección Social a Médicos de la Organización Médica Colegial. Para ello, acogerá el jueves 28 de septiembre, un acto en el que se darán cita profesionales, autoridades, beneficiarios, representantes de la Organización Médica Colegial y personas vinculadas al ámbito de la Sanidad y las prestaciones sociales.

Además, el evento contará con la intervención de la presidenta del Colegio de Médicos, Isabel Montoya, que explicará los 100 años de solidaridad de los médicos colegiados de la Región de Murcia y la responsable de la gestión de las prestaciones de la Fundación en el Colegio de Médicos de Murcia, Pepa González, que hablará sobre la gestión administrativa y emocional de la protección social y la atención y ayuda que se presta al médico colegiado socio protector de la Fundación.



Por su parte, los testimonios y la experiencia serán expuestas por Emilio Sánchez, Eduardo Martínez y Carmen Gómez, beneficiarios de las ayudas. Desde el Consejo General de Colegios de Médicos, asistirá el presidente, Serafín Romero, para explicar el importante papel que ha mantenido en pie a la Fundación desde su creación en 1917. Está previsto que el consejero de Salud, Manuel Villegas, clausure el acto.

La Fundación para la Protección Social a Médicos

La Fundación nació en 1917 con la misión de aunar la solidaridad de todos médicos españoles hacia compañeros o familiares en situaciones de especial vulnerabilidad social.

Esta institución destina más de 14 millones de euros anuales a cerca de 3.000 beneficiarios en forma de prestaciones asistenciales, educacionales, para la conciliación de la vida personal, familiar y profesional, para prevención, promoción y protección de la salud y un servicio de atención social, así como un servicio de promoción de empleo médico.

Para celebrar su primer siglo de andadura y poner en valor los cien años de trabajo al lado del médico y su familia, la Fundación ha escogido el lema *“Un siglo de vidas contigo”*.

Si eres colegiado, implícate en este proyecto de solidaridad

La labor de la Fundación y los 100 años de actividad que acumula a sus espaldas no serían posibles sin la implicación y el compromiso de todos los socios protectores, es decir, todos aquellos colegiados que colaboran con la Fundación a través de sus cuotas colegiales destinadas a tal fin.

El Colegio de Médicos de la Región de Murcia quiere animar a todos los compañeros, sobre todo a los más jóvenes, a que se impliquen en este proyecto de solidaridad y formen parte de la Fundación. Si todavía no eres miembro y quieres apostar por ello, puedes preguntar en el Colegio de Médicos y te daremos toda la información sobre las cuotas y las prestaciones.

UN INFORME DE CCOO REVELA QUE EL EMPLEO EN LA SANIDAD PRIVADA CRECE EL DOBLE QUE EN LA PÚBLICA

- El informe de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO (FSS-CCOO) sobre los datos de en la Encuesta de Población Activa (EPA) del segundo trimestre de 2017 pone de manifiesto un incremento de personas asalariadas en el sector sanitario de 31.500 con respecto al mismo periodo del año anterior, alcanzando un total de 954.000. En concreto, en el sector privado se registran 17.800 profesionales más que en el primer trimestre del año y 20.000 más en comparación con el segundo trimestre de 2016, lo que supone el doble que la Sanidad pública, que aumentó en 8.000 con respecto al primer trimestre del año y 11.600 si se compara con el segundo trimestre de 2016

En términos generales, este último informe de la FSS-CCOO de la evolución del empleo en el sector sanitario sitúa en 954.000 el total de personas asalariadas en el sector, 26.000 más que en el primer trimestre de este año. Y si comparamos los datos con el mismo periodo de 2016 observamos un aumento de 31.500; este volumen de personas asalariadas es la cifra más alta del segundo trimestre de los últimos seis años.

Sin embargo, lo más destacable del análisis es que este aumento de profesionales asalariados en el sector sanitario es el doble en la Sanidad privada que en la pública. Mientras que en el sector privado se registran 17.800 profesionales más que en el primer trimestre del año y 20.000 más en comparación con el segundo trimestre de 2016, lo que supone el doble que la Sanidad pública, que aumentó en 8.000 con respecto al primer trimestre del año y 11.600 si se compara con el segundo trimestre de 2016.

Temporalidad

Desde la FSS-CCOO se denuncia que el mayor problema al que se enfrenta el sector son las altas tasas de temporalidad, que se sitúa en el 28,3%; a pesar, del ligero descenso con respecto al primer trimestre de 2017 (-0,3%), con respecto al segundo trimestre de 2016 aumentó (+1,2%).

La feminización de la temporalidad se hace patente en el sector, con 5 puntos más de temporalidad en mujeres (29,6%) que en hombres (24,3%). Una situación que es más evidente en la Sanidad pública, con una diferencia de 10 puntos superior en mujeres (34,7%) y en hombres (24%).

Sin embargo, las jornadas a tiempo parcial tienen una importante significación en el sector privado con un 20,28% de las personas asalariadas, mientras que en el sector público alcanza al 6,23%.

Conclusiones

En la **Sanidad pública**, el segundo trimestre de 2017 cerró con 609.200 personas asalariadas, lo que ha significado un crecimiento de 16.500 con respecto al primer trimestre y de 11.600 sobre el segundo trimestre de 2016. La temporalidad es un factor estructural en la Sanidad pública; con respecto al segundo de 2016 aumenta 0,7%, a pesar de la disminución del 1,6% con respecto al primer trimestre. **El acuerdo para el empleo en la Administración Pública impulsado por CCOO deberá corregir en 3 años estos índices de temporalidad hasta llegar al 8%.**

En la **Sanidad privada** continua el crecimiento interanual, situándose las personas asalariadas en 344.570. La temporalidad en el segundo trimestre de 2017 fue de 21,6%, un 1,6% más que en el segundo trimestre de 2016 y un 1,2% en relación al primer trimestre de este año. La tasa de temporalidad empieza a afianzarse en la Sanidad privada con el deterioro en la calidad del empleo que esto supone. La parcialidad se sitúa en el 20,3%, convirtiéndose en un factor de flexibilización laboral junto a la temporalidad, en un sector ocupado en su mayoría por mujeres.

A CONTINUACIÓN, EL INFORME

Sanidad Privada

Sanidad Pública



Evolución del empleo en el sector sanitario

Según datos de la EPA 2º Trimestre 2017



CCOO

federación de sanidad
y sectores sociosanitarios

www.sanidad.ccoo.es



Informe sectorial EPA 2º T:

En el último Informe Confederal de Coyuntura laboral se analizaban los datos de afiliación a Seguridad Social del mes de Agosto donde queda claro que el fin del verano hunde la afiliación a la Seguridad Social pese a las contrataciones estivales en sanidad

En dicho documento podemos observar como el paro repunta y cae la afiliación a la Seguridad Social, que registra su peor dato en agosto desde 2008. En agosto de 2017 la afiliación a la Seguridad Social ha caído en 179.485 personas y el paro registrado sube en 46.400 personas. Son peores datos que en agosto de años anteriores: se destruye más empleo y el paro sube más. Los despidos en educación y en otros muchos sectores lastran el empleo y las últimas contrataciones estivales en sanidad no pueden compensarlo. La afiliación a la Seguridad Social modera su crecimiento al 3,45% anual.

En agosto el 92,5% de los contratos firmados eran temporales y un 35% a tiempo parcial, reflejo de la enorme precariedad de nuestro mercado laboral, agudizada tras la reforma de 2012. Solo 7,5 de cada 100 contratos firmados son indefinidos, y de ellos casi la mitad son a jornada parcial. Los contratos precarios se ceban en la población trabajadora con menos estudios.

En dicho mes la pérdida de población afiliada a la Seguridad Social se concentra en educación (-56.906) que profundiza la destrucción de empleo que habitualmente acumula el sector en los meses de verano. Destaca también la pérdida de empleo en la industria manufacturera (-20.618), construcción (-17.410), sistema especial agrario (-17.129), actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento (-15.161) y actividades administrativas y servicios auxiliares (-14.765). Solamente las actividades sanitarias y de servicios sociales (16.631, por efecto de las sustituciones estivales) aportan un aumento relevante de población afiliada.

Los datos de afiliación al régimen general de la Seguridad Social muestran el impulso del sector servicios en la creación de empleo. En 2016 el 48% del aumento de la afiliación al régimen general se concentró en comercio, hostelería, servicios administrativos y auxiliares y construcción. Las ramas con fuerte presencia pública (Administración Pública, educación, sanidad y servicios sociales) concentraron el 21% del aumento de la afiliación. La industria manufacturera solo concentró el 10% del aumento de la afiliación y las actividades profesionales, científicas y técnicas apenas el 5%.

A pesar del triunfalismo del Gobierno, el empleo no mejora ni en calidad ni en cantidad. La crisis la pagan los trabajadores y trabajadoras y solo se recuperan a un ritmo vertiginoso los beneficios empresariales y de la banca.

El PIB y los beneficios empresariales ya han recuperado sus niveles previos a la crisis, no así el empleo ni las rentas salariales, la recuperación está siendo muy desigual, a costa de las trabajadoras y trabajadores. De ahí la necesidad de lograr un acuerdo de negociación colectiva que aumente los salarios y garantice su poder adquisitivo.

Se destruye empleo y casi la mitad de las personas desempleadas carece de protección. Y la respuesta del Gobierno consiste en suspender el plan PREPARA, dejando sin protección a las



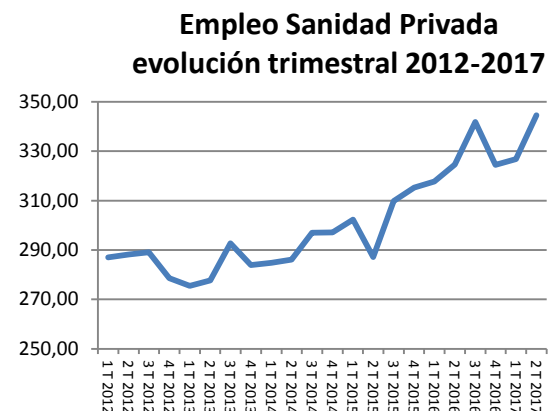
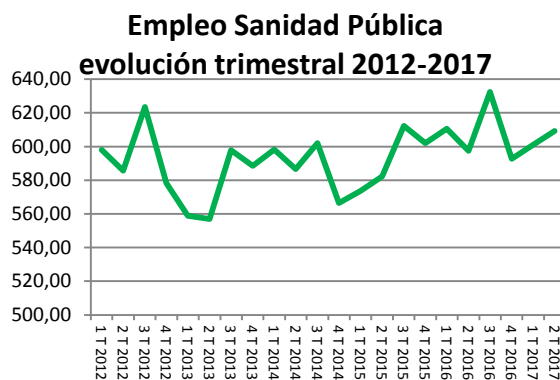
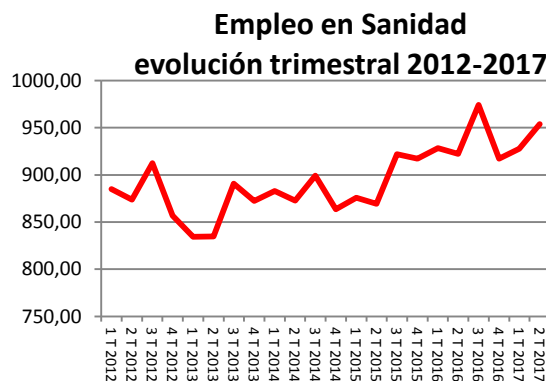
federación de sanidad y
sectores sociosanitarios
área de negociación colectiva
secretaría de empleo

miles de personas que necesitan esta ayuda para poder sobrevivir. CCOO exige que se modifique el PAE (Programa de Activación para el Empleo) con carácter de urgencia para atender a las personas que han quedado sin la cobertura del PREPARA.

Desde la FSS de CCOO venimos realizando informes trimestrales de la EPA donde analizamos el empleo y sus principales factores que proporcionan fotos reales del empleo en el sector sanitario público y privado.

INFORME 2º TRIMESTRE 2017 EPA: EMPLEO EN SANIDAD

El 2º trimestre de 2017 se salda con una ocupación en los sectores sanitarios de 1.004.000. En relación a las personas asalariadas la EPA muestra para sanidad un total de 954.000 personas, con un incremento de casi 26.000 personas asalariadas en relación al primer trimestre de 2017, que se cerró en 928.000 asalariados y asalariadas. La comparativa interanual arroja un aumento de 31.500 asalariados y asalariadas más respecto del 2º T de 2016.



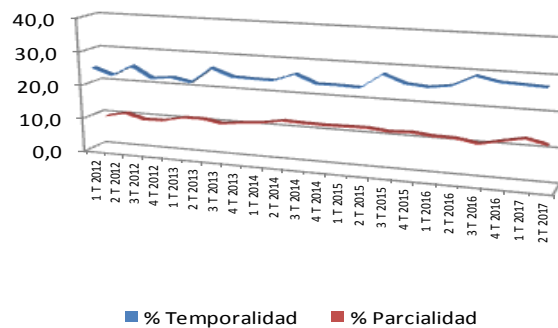
Fuente: Elaborado por Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CC.OO. a partir de microdatos de la EPA del INE

diferencia 2º trimestre	TOTAL pública y privada	Pública	Privada
2 T 2017	953,74	609,17	344,57
2017-2016	31,57	11,64	19,93
2 T 2016	922,17	597,53	324,64
2016-2015	52,78	15,31	37,47
2 T 2015	869,39	582,23	287,17
2015-2014	-3,38	-4,44	1,05
2 T 2014	872,77	586,66	286,11
2014-2013	38,12	29,71	8,41
2 T 2013	834,65	556,95	277,70
2013-2012	-39,16	-28,73	-10,43
2 T 2012	873,81	585,68	288,13

La sanidad pública ha visto como aumentaba el número de personas asalariadas en el segundo trimestre de 2017, en 8.000 respecto al trimestre anterior y 11.600 en relación al 2º trimestre de 2016. En cuanto a la sanidad privada podemos comprobar cómo el crecimiento se asienta con un aumento 17.800 asalariados y asalariadas en relación al primer trimestre de 2017 y de casi 20.000 personas asalariadas más que en el 2º T de 2016.

El mayor problema al que se enfrenta el sector en su conjunto son las altas tasas de temporalidad 28,3%, a pesar, del ligero descenso en la temporalidad entre el 2º y el 1º trimestre de 2017 (-0,3%), en un año ha aumentado en más de un punto las personas con contrato temporal (27,1%). La feminización de la temporalidad se hace patente en el sector, con 5 puntos más de temporalidad en mujeres que en hombres 29,6% y 24,3% respectivamente. Más evidente en la sanidad pública donde la temporalidad es 10 puntos superior en las mujeres con el 34,7% y el 24% en hombres.

% Temporalidad y % Parcialidad en Sanidad



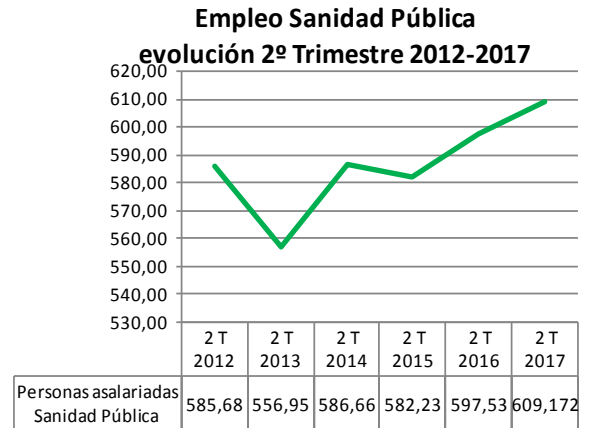
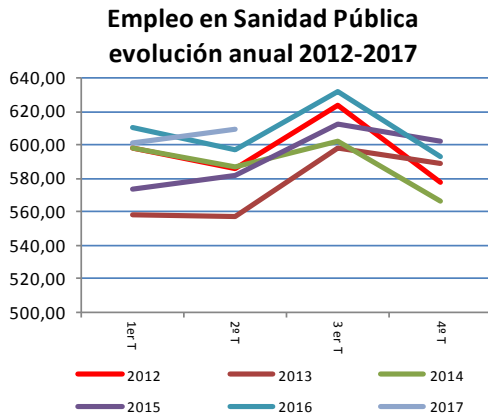
Fuente: Elaborado por Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CC.OO. a partir de microdatos de la EPA del INE

		Pública		Privada				Pública		Privada	
		Tipo de contrato						Tipo de jornada			
		Indefinido	Temporal	Indefinido	Temporal			Completa	Parcial	Completa	Parcial
miles	Mujer	303,236	161,329	202,66	51,819	miles	Mujer	429,131	35,433	196,304	58,172
	Hombre	109,959	34,647	67,602	22,49		Hombre			78,382	11,711
2º2017	Total	413,20	195,98	270,26	74,31	2º2017	Total	429,131	35,433	274,686	69,883
%	Mujer	65,3	34,7	79,6	20,4	%	Mujer	92,37	7,63	77,14	22,86
	Hombre	76,0	24,0	75,0	25,0		Hombre			87,00	13,00
2º2017	Total	67,83	32,17	78,43	21,57	2º2017	Total	93,77	6,23	79,72	20,28

No se muestran datos inferiores a 6 mil

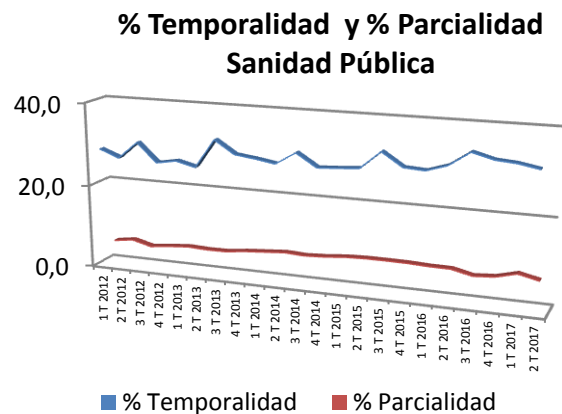
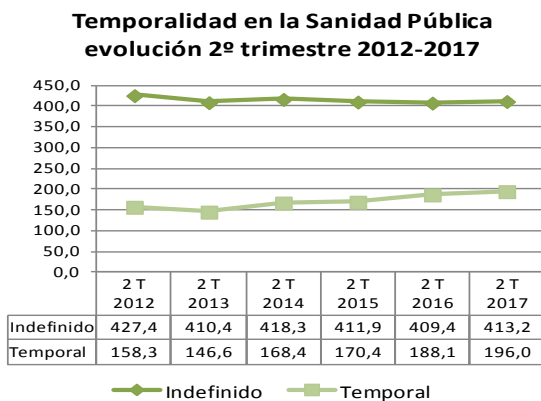
SANIDAD PÚBLICA

El 2º Trimestre de 2017 la sanidad pública se cerró con 609.200 personas asalariadas frente a las 597.500 del mismo trimestre de 2016, aumentando en 11.600, el incremento es mayor si tomamos en cuenta el primer trimestre ya que se produce un aumento de 16.500.



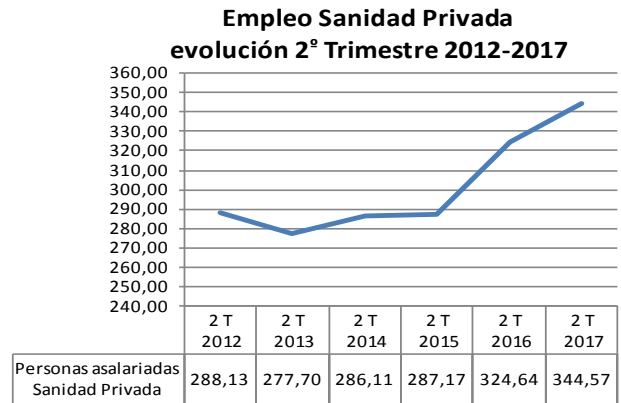
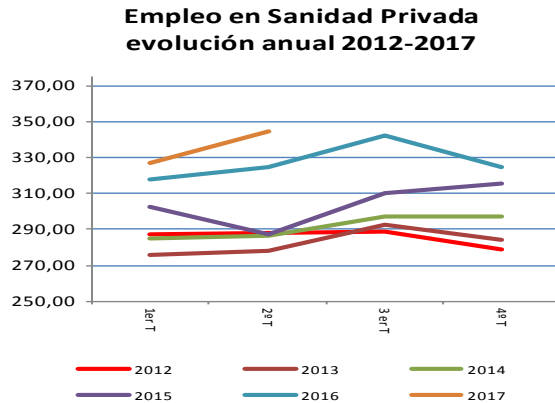
Fuente: Elaborado por Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CC.OO. a partir de microdatos de la EPA del INE

La temporalidad es un factor que se ha convertido en estructural en la sanidad pública. De 2016 a 2017 aumenta 0,7% la temporalidad, a pesar de la disminución de un 1,6% respecto al primer trimestre de 2017. Aumentando en 50.000 si tomamos como referencia el mismo trimestre de 2013. El reciente acuerdo para el empleo en la Administración Pública impulsado por CCOO deberá corregir en 3 años estos índices de temporalidad hasta llegar al 8%.



SANIDAD PRIVADA

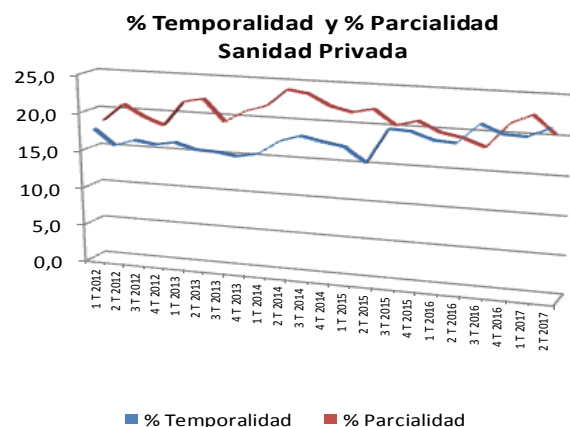
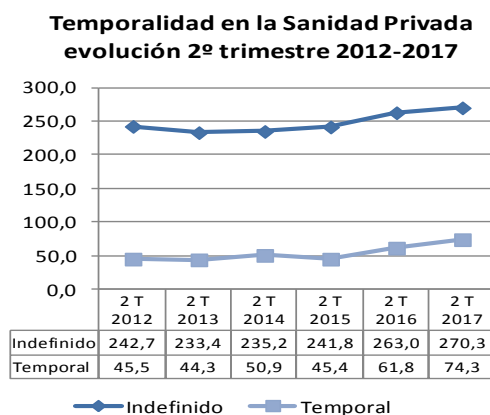
Continúa la tendencia de crecimiento interanual en el sector privado como puede observarse en las gráficas, se asienta como un sector de creación de empleo.



Fuente: Elaborado por Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CC.OO. a partir de microdatos de la EPA del INE

El porcentaje de temporalidad en el 2º T de 2017 en la sanidad privada fue de 21,6%, un 1,6% más que en el mismo trimestre de 2016 y 1,2% en relación al primer trimestre de 2017. El aumento en la tasa de temporalidad empieza a afianzarse en la sanidad privada con el deterioro en la calidad del empleo que esto supone.

En relación a la parcialidad el porcentaje en este trimestre se sitúa en un 20,3%, la tendencia que empezó a dibujarse a finales del año 2015, anteriormente la parcialidad era el factor de flexibilización de las empresas en la sanidad privada pero este se desdibuja y ya junto a la temporalidad va acercándose a parámetros del 20% en un sector ocupado en su mayoría por mujeres.



El 15 de septiembre se celebró el Día Mundial del Linfoma

MADRID: LA UNIDAD FUNCIONAL DE LINFOMAS DEL HOSPITAL FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ HA ATENDIDO A MÁS DE 5.000 PACIENTES DESDE SU APERTURA EN 2014

- Todos los especialistas implicados en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento trabajan de forma conjunta para evaluar y atender de forma individualizada a cada paciente y situarle en el centro del proceso asistencial
- En la Unidad se llevan a cabo más de 20 ensayos clínicos con nuevos tratamientos libres de quimioterapia, como fármacos contra dianas moleculares o inmunoterapia



El Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz-Grupo Quirónsalud (HUFJD) se une al Día Mundial del Linfoma, que tuvo lugar el 15 de septiembre, celebrando el tercer aniversario de la creación de la Unidad Funcional de Linfomas, un dispositivo asistencial coordinado por el hematólogo Raúl Córdoba Mascuñaño y bajo la dirección de la jefe de Servicio de Hematología y Hemoterapia, la doctora Pilar Llamas Sillero.

Desde su apertura en 2014 la Unidad ha atendido a más de 5.000 pacientes, una cifra que confirma claro aumento en la actividad año tras año. Mientras que en 2014 acudieron 154 pacientes, en 2015 la cifra ascendió a 1.524; 2016 llegó a 1.994 y hasta el mes de agosto de 2017 ya son 1.383 los pacientes que han acudido a la Unidad Funcional de Linfomas de la Fundación Jiménez Díaz.

La complejidad en el diagnóstico de los más de 70 subtipos de linfomas que hay descritos y la heterogeneidad de los tratamientos existentes, “fue el punto de partida para la creación de esta unidad. De esta forma, se agrupaban a todos los especialistas implicados tanto en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos pacientes, trabajando de forma conjunta para evaluar y atender de forma individualizada las características especiales de cada uno. De este modo, se coloca al paciente en el centro del proceso asistencial y todos los especialistas lo acompañan en el camino que tiene que recorrer. Por ello, la unidad está formada por hematólogos, oncólogos médicos y radioterápicos, radiólogos, patólogos, inmunólogos, médicos nucleares, dermatólogos, geriatras, farmacéuticos oncológicos y enfermeras especializadas”, explica el **doctor Raúl Córdoba**.

Cada año se diagnostican más 100 nuevos casos de tumores linfoides. La incorporación del **doctor Miguel Angel Piris** al equipo de Anatomía Patológica, ha supuesto un avance en el aspecto diagnóstico así como tecnológico. Junto a la **doctora María Rodríguez Pinilla** y el resto de su equipo, han puesto a punto técnicas novedosas para el estudio genómico de los linfomas.

Uno de los puntos clave de esta Unidad es el diagnóstico de precisión. Semanalmente, especialistas en anatomía patológica, hematólogos clínicos y responsables del laboratorio hematológico (morfología, citometría de flujo, citogenética y biología molecular), se reúnen para revisar las características de cada muestra, integrar toda la información y llegar a un diagnóstico preciso.

Una vez se tiene un diagnóstico integrado, cada caso se presenta en el Comité de Linfomas, “una reunión multidisciplinar que se reúne semanalmente para analizar no sólo el tipo de linfoma, sino para ver las características individuales de cada paciente, y así, de forma consensuada, elegir el mejor tratamiento. De este modo, se diseña un plan de tratamiento individualizado, que es conocido por todos los miembros de la Unidad”, matiza el coordinador de la Unidad de Linfomas.

El papel de la investigación

El avance de la medicina en el campo de los linfomas no sería posible sin la investigación. En la Unidad de Linfomas se llevan a cabo más de 20 ensayos clínicos con nuevos tratamientos libres de quimioterapia, incluyendo fármacos contra dianas moleculares o inmunoterapia. “Gracias a la colaboración de la Unidad de Linfomas con la Unidad START FJD de Ensayos Clínicos Fase 1, los pacientes se benefician de nuevos tratamientos en fases tempranas de la investigación, lo que aporta esperanza para aquellos pacientes en los que los tratamientos convencionales no han funcionado. Ya han participado más de 50 pacientes en ensayos clínicos con nuevos tratamientos”, matiza el **doctor Raúl Córdoba**.

Una de las características especiales de la Unidad de Linfomas es la atención que se presta a los pacientes mayores de 70 años que, en la mayoría de los casos, no son candidatos a recibir los mismos tratamientos que los pacientes más jóvenes. Para identificar a los candidatos a recibir un tratamiento estándar de los pacientes en los que habría que atenuar los tratamientos, la enfermera hematológica realiza una serie de escalas que discriminan a los pacientes llamados “robustos” de los pacientes “frágiles”.

“Aquellos catalogados como robustos recibirán un tratamiento estándar, adaptando los tratamientos a las otras enfermedades y medicación que tomen, mientras que los identificados como frágiles son derivados a la consulta de hematogeriatría, donde la geriatra, la **doctora Ana Isabel Hormigo** realiza una valoración geriátrica integral y nos aporta recomendaciones de tratamiento y seguimiento individualizado para cada caso. Ya lleva evaluados más de 80 pacientes mayores con cáncer hematológico”, explica la jefe de Servicio de Hematología y Hemoterapia.

Para los casos de linfomas cutáneos, la unidad cuenta con una consulta multidisciplinar, atiende 50 consultas al mes, en la que el doctor Raúl Córdoba y la **doctora Salma Machan**, dermatóloga, evalúan a los pacientes en el mismo acto médico de manera que el paciente no tiene que acudir a dos consultas distintas y recibe una atención integral de los dos especialistas.

Nuevos tratamientos

A la vanguardia de los nuevos tratamientos contra el cáncer se encuentra la inmunoterapia, con fármacos recientemente aprobados para tratar algunos tipos de linfomas. Para ello, la participación de una inmunóloga clínica, la **doctora Cristina Serrano**, “nos permite monitorizar la respuesta inmune en estos pacientes, así como estudiar posibles marcadores tanto de respuesta como de toxicidad”, recuerda la doctora Pilar Llamas. Otro elemento clave en la Unidad de Linfomas es el papel de la Farmacia Hospitalaria. En los últimos años se han aprobado numerosos fármacos orales para el tratamiento de los cánceres hematológicos. Ello requiere de la valoración por parte del farmacéutico oncológico, la **doctora Eva Castillo**, de posibles interacciones de los mismos con las medicaciones que ya toma el paciente. Además, juega un papel fundamental en monitorizar y garantizar la adherencia a estos tratamientos.

Con todo ello, “el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz está plenamente implicado con esta patología, dotando a los especialistas que atienden los pacientes con linfoma de todas las herramientas para garantizar una atención integral, multidisciplinar y de vanguardia”, concluyen los doctores Raúl Córdoba y Pilar Llamas.

MÉDICOS Y ENFERMEROS ESPECIALISTAS EN SALUD LABORAL SE ACTUALIZAN EN ALIMENTACIÓN, NUTRICIÓN Y MEDICINA DEPORTIVA

- Quirónprevención ha organizado, con la participación de la Fundación Española de la Nutrición (FEN) y la colaboración de Aquarius, de Coca-Cola en España, y el Grupo Mediforum, la Jornada de Formación en Alimentación, Nutrición y Medicina Deportiva que ha tenido lugar en Madrid y Cataluña
- La jornada ha estado dirigida al personal sanitario, médicos y enfermeros de la sociedad de prevención, que desempeña su labor en el ámbito de la Medicina del Trabajo y, por lo tanto, son actores fundamentales en la promoción de las empresas saludables
- El profesor Gregorio Varela Moreiras, Catedrático de Nutrición y Bromatología de la Universidad CEU San Pablo, y Presidente de la Fundación Española de la Nutrición (FEN), ha asegurado que una correcta alimentación y una adecuada hidratación son fundamentales para lograr una buena calidad de vida: “comer bien para estar y sentirse bien”

Quirónprevención ha organizado, con la participación de la Fundación Española de la Nutrición (FEN) y la colaboración de Aquarius, de Coca-Cola en España, y el Grupo Mediforum, la Jornada de Formación en Alimentación, Nutrición y Medicina Deportiva que ha tenido lugar en Madrid y Cataluña y a la que han asistido más de 200 profesionales de la salud.

Esta jornada tiene como objetivo la promoción de la salud en las empresas, tal y como ha explicado el doctor Leopoldo Álvarez, director de Relaciones Institucionales de Quirónprevención y de Relaciones con Grupo QuirónSalud, quien ha hecho hincapié en que este es uno de los grandes objetivos definidos en el Plan de Acción Mundial de la Organización Mundial de la Salud, que impulsó el Plan sobre la Salud de los Trabajadores 2008-2017.

“Como organización de prevención, compartimos que la salud y el bienestar de los empleados son fines esenciales para la productividad, la competitividad y la sostenibilidad de las empresas. Es esencial, por tanto, fomentar la puesta en marcha de programas de formación en hábitos y estilos de vida saludables. Queremos, a través de nuestro personal sanitario, ahondar en el concepto de *Salud Global*, haciendo nuestro el slogan: “*La salud es única*”, ha señalado el doctor Leopoldo Álvarez.

Educación nutricional para adoptar hábitos de vida saludables

El Profesor Gregorio Varela Moreiras, Catedrático de Nutrición y Bromatología de la Universidad CEU San Pablo, y Presidente de la Fundación Española de la Nutrición (FEN), ha indicado durante la actividad formativa que una correcta alimentación y una adecuada hidratación son fundamentales para lograr una buena calidad de vida: “comer bien para estar y sentirse bien”. En su opinión, históricamente se ha puesto el foco de atención en los macronutrientes (hidratos de carbono, proteínas y grasas) y menos en los micronutrientes (vitaminas y minerales), a pesar de su vulnerabilidad y el que nos encontremos frecuentemente con situaciones poco satisfactorias en cuanto a su ingesta y estado.

Afortunadamente, las cosas van cambiando entre los profesionales del ámbito sanitario: “Hay vitaminas que parecen estar de moda, como es el caso de la Vitamina D, que se ha convertido en un parámetro habitual a determinar para muchos especialistas, pero no se realiza aún un análisis de forma generalizada. Se está evolucionando poco a poco en este sentido, pero realizar una correcta evaluación del estado nutricional vitamínico y, en general, nutricional de manera regular a la población tiene un alto coste y requiere tiempo, pero sin duda supondría un enorme avance en el ámbito de la prevención de factores de riesgo y enfermedades, así como en la promoción de la salud. Hay mucho camino que recorrer en este sentido”.

El Profesor Gregorio Varela Moreiras ha asegurado también que la población tiene dificultades para interpretar de forma correcta el etiquetado, aunque reconoce que se ha hecho una labor de simplificación en la última normativa vigente: “Me temo que más allá de la caducidad, todo lo relacionado con composición e información nutricional es todavía no bien comprendido. Hay que hacer más pedagogía, educación e información y en esto pueden ser muy útiles las nuevas tecnologías gracias a las aplicaciones que dan información más detallada del producto. Igualmente, hay que avanzar en todo lo que refiere a la información nutricional en la restauración colectiva y de ocio, ámbito en el que hacemos ya un elevado número de nuestras comidas”.

Fomentar el consumo de alimentos imprescindibles para nuestra dieta diaria requiere de la incorporación de profesionales especialistas como los dietistas-nutricionistas, y la formación y actualización en su conjunto, de los profesionales sanitarios para un adecuado asesoramiento a los pacientes, así como la interpretación correcta del etiquetado e información nutricional de los alimentos y bebidas que ingerimos para conocer sus ingredientes y las cantidades de macronutrientes y micronutrientes que forman parte de los mismos, así como de la cantidad de calorías que aportan. El ámbito laboral se manifiesta como un magnífico escenario para comprobar que “la inversión en el fomento de una alimentación y estilos de vida saludables, no debe considerarse nunca como un gasto, sino como un auténtica inversión en salud, para el trabajador y la empresa”.

La prescripción médico deportiva, una realidad necesaria

El doctor Joaquín Más, médico especialista en Medicina Deportiva y Educación Física (Real Madrid, C.F), ha defendido el tratamiento individualizado de los profesionales sanitarios: “Hay que tener en cuenta que un trabajador es una persona normal y como tal realiza deporte, con más o menos frecuencia, y necesita un seguimiento y asesoramiento en nutrición y suplementación aplicada a su práctica deportiva”.

En este sentido, el doctor Joaquín Más ha señalado que los médicos deportivos tienen una labor importante en la prescripción médico deportiva y en la promoción de la vida activa: “Esta prescripción ayuda a reducir las dosis de los fármacos que toma el paciente, mejora su salud y además ahorra el gasto del SNS, previniendo futuras enfermedades”.

Por último, ha aconsejado a los profesionales sanitarios inscritos en esta jornada que estén alerta ante la generalización del deporte de competición en personas que se inician en la actividad después de una larga etapa sedentaria: “Comenzar a hacer maratones sin una preparación previa y sin un reconocimiento médico supone un riesgo para la salud importante”.

EL CENTRO MÉDICO QUIRÓNSALUD TRES CANTOS AMPLÍA SU COBERTURA PEDIÁTRICA DE LUNES A VIERNES

- **Desde el pasado 1 de septiembre hay abierta consulta de pediatría todos los días laborables de la semana -en horario de mañana y tarde- gracias a la incorporación de dos especialistas en pediatría.**

El Centro Médico Quirónsalud Tres Cantos ha incorporado a su plantilla a dos nuevas profesionales, la Dra. Miryam Triana Junco, y la Dra. Jannina Rodríguez Chacón, especialistas en pediatría y sus áreas específicas, que se unen a la Dra. Amelia Astray San Martín, que ya venía desempeñando esta función en el centro.



En la imagen, a la izquierda la Dra. Triana y a la derecha la Dra. Rodríguez.

En palabras del responsable del Centro, el Dr. Christian Garriga Braun, “la incorporación de estas dos profesionales, nos va a permitir dar una cobertura completa de lunes a viernes y una asistencia de calidad a todos los pacientes infantiles de Tres Cantos y municipios cercanos”.

De esta forma, el Centro Médico Quirónsalud Tres Cantos cuenta con una consulta de pediatría las mañanas de los lunes, miércoles, jueves y viernes -en horario de 9:00 a 13:30, salvo los jueves, que se ampliará hasta las 14.00 horas- y las tardes de los lunes, martes y miércoles -en horario de 17:30 a 20:00, salvo los martes que comenzará a las 16:00 horas-.

La Dra. Triana es licenciada en medicina y cirugía por la Universidad Autónoma de Madrid, se formó como especialista en el Hospital Universitario La Paz de Madrid y hasta su incorporación al Grupo Quirónsalud en 2017 ha desarrollado su actividad profesional en varios Centros, tanto públicos como privados.

Especialista en neonatología y lactancia materna, la Dra. Triana es coautora de varios artículos científicos publicados en revistas nacionales e internacionales y ha participado en varios congresos de la especialidad.

La Dra. Rodríguez es licenciada en medicina por la Fundación Universitaria Juan N. Corpas de Bogotá (Colombia) y se formó como especialista en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Además, la Dra. Rodríguez es experta en urgencias pediátricas por la Universidad Católica de Valencia y va a atender a pacientes con problemas de gastroenterología -digestivos, hepáticos o nutricionales- .

SANITAS RENUEVA SU APUESTA POR EL PATROCINIO DEL SANITAS ALCOBENDAS RUGBY

- **La compañía especialista en salud y bienestar continúa como proveedor médico del equipo alcobendense**



Sanitas renueva su patrocinio con el Club Sanitas Alcobendas Rugby y continúa así como Proveedor Médico Oficial del equipo por segundo año consecutivo. Mediante este convenio, Sanitas pone a disposición de los jugadores su conocimiento médico y los avances tecnológicos y asistenciales más avanzados. El acuerdo, que se ha firmado en el Auditorio de la Fundación Sanitas, tiene como novedad que esta temporada Sanitas será también patrocinador de las Escuelas del Club.

Durante el encuentro, Iñaki Ereño, consejero delegado de Sanitas y gran aficionado al rugby, ha manifestado que “es un honor para Sanitas patrocinar un deporte y un club con el que compartimos tantos valores. Son vuestro esfuerzo, vuestro trabajo en equipo y la ilusión que mostráis día a día lo que os convierte en héroes cotidianos, eso que intentamos inculcar cada día a cada empleado de Sanitas”.

En el acto han participado autoridades como la concejala de Deportes del Ayuntamiento de Alcobendas, Mar Rodríguez, y representantes del club alcobendense como su presidente, Ignacio Ardila, el entrenador, José Ignacio Inchausti, y toda la plantilla.

Este convenio supone una muestra más del compromiso de Sanitas, empresa líder especialista en salud y bienestar, con el deporte, el liderazgo y la excelencia. Durante los últimos años, Sanitas viene apoyando el desarrollo del talento deportivo con la firma de varios acuerdos, entre los que destacan el realizado con los equipos de fútbol y baloncesto del Real Madrid y el apoyo decidido a los comités olímpico y paralímpicos españoles como Proveedor Médico Oficial.



ASISA RENUEVA SU ACUERDO DE PATROCINIO CON EL LEVANTE UD

- La aseguradora seguirá apoyando y dando atención médica al club valenciano durante la temporada 2017-2018



Rafael Pastor, director Territorial Este de ASISA; Francisco Javier Catalán presidente del Levante UD; Dr. Javier Gómez-Ferrer, consejero y delegado de ASISA en Valencia; Miguel Oro, gerente de la aseguradora en Valencia; y Carlos Domínguez, jefe de ventas de la Delegación de ASISA en Valencia.

ASISA y el Levante UD han renovado el acuerdo por el que la aseguradora seguirá siendo el proveedor de salud y patrocinador del Levante UD. En el acto de firma de la ampliación del acuerdo entre ambas instituciones han participado, por parte del Levante UD, su presidente, Francisco Javier Catalán, y por parte de ASISA, el Dr. Javier Gómez-Ferrer, consejero y delegado en Valencia; Rafael Pastor, director territorial Este; Miguel Oro, gerente de la aseguradora en Valencia; y Carlos Domínguez, jefe de ventas de la Delegación de Valencia.

Tras la firma de este acuerdo, ASISA seguirá dando cobertura sanitaria a la plantilla del Levante UD y pondrá a su disposición un amplio cuadro médico y el acceso a los últimos tratamientos y a los avances tecnológicos y asistenciales más innovadores. El acuerdo suscrito incluye cobertura médica al filial (Atlético Levante), así como al equipo femenino y al juvenil A. El acuerdo se completa con condiciones especiales para los abonados del Levante UD y los miembros del Granota FanClub en la contratación de los seguros de salud que ofrece ASISA.

Compromiso con la promoción del deporte

ASISA patrocina al Levante UD desde 2015. Este apoyo se enmarca en los principios corporativos de la compañía, que mantiene como una de sus señas de identidad más reconocibles un compromiso sólido con el mecenazgo y el patrocinio de diferentes actividades sociales, culturales y deportivas.

Por ello, ASISA mantiene un fuerte vínculo con el fomento de la educación y la promoción de hábitos de vida saludables. Este compromiso se materializa a través del apoyo y el patrocinio a diferentes organizaciones y clubes deportivos, con el objetivo de fomentar la práctica del deporte desde la base y el apoyo a jóvenes deportistas. Al igual que el Levante UD, los valores que ASISA quiere transmitir y promover entre los jóvenes a través de estos patrocinios deportivos son el trabajo en equipo, la competitividad, la superación personal y la constancia.

COMUNIDAD VALENCIANA: SATSE CONSIDERA INSUFICIENTE LA OFERTA DE PLAZAS DE ENFERMERAS RESIDENTES EIR DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD

- La Conselleria ni siquiera oferta plazas para enfermeras especialistas en Geriatria ni en Pediatria.
- El Gobierno del tripartito ha reducido el número de plazas convocadas respecto a las que se convocaban en tiempos del PP.

El Sindicato de Enfermería SATSE considera claramente **insuficiente la propuesta de plazas formativas para enfermeras residentes 2017/18 que ha realizado la Conselleria de Sanidad**, y reitera la necesidad de que se oferten plazas de Enfermero/a especialista en Geriatria y Enfermero/a especialista en Pediatria.

Así, el BOE recoge **el número de plazas de enfermeras especialistas que oferta la Conselleria de Sanidad y que, para SATSE, no cubre “ni de lejos” las necesidades sanitarias y de enfermería especializada** que se requieren para ofrecer la atención sanitaria de calidad que los ciudadanos se merecen.

Para SATSE, **“los responsables sanitarios de nuestra Comunidad han perdido una nueva oportunidad de demostrar que realmente les interesa contar con un número suficiente y adecuado de profesionales especializados** que hagan frente a los continuos retos y necesidades que demanda el sistema sanitario valenciano”.

Esto no es sino una nueva demostración del poco interés que tiene el Gobierno valenciano de dar un mejor servicio sanitario a sus ciudadanos, ya que tampoco han sido creadas las plazas de estas especialidades.

Sin plazas especializadas para geriatría y pediatría

De hecho, resulta paradójico que, **a pesar de las recientes denuncias por la falta de personal y las deficiencias en la atención que se presta en las residencias públicas y concertadas, la Conselleria no convoque ninguna plaza para estudiar Enfermería geriátrica**, lo que sin duda permitiría dar una mejor asistencia a los ancianos residentes.

Igualmente, no se entiende que **no se convoquen plazas para estudiar la especialidad de Enfermería pediátrica**, habida cuenta de la necesidad de que los niños reciban una atención sanitaria especializada en los centros de salud y hospitales.

Igualmente, SATSE reclama a la Conselleria de Sanidad un plan de implantación progresiva de los puestos de trabajo de enfermera especialista, ya que la Conselleria forma especialistas de Salud mental y Enfermería familiar y comunitaria pero todavía no ha creado puestos de trabajo para ellos.

Convocatorias con menos plazas

También llama la atención que, a pesar de que el Gobierno del tripartito se comprometió a mejorar la oferta de plazas para estudiar enfermera especialista, **en los dos últimos años la oferta se ha ido reduciendo con respecto a etapas anteriores**, tal y como demuestran los datos incluidos a continuación:

Oferta de plazas de la Conselleria de Sanidad en la convocatoria 2017/2018 (realizada el 15-9-2017)

41 plazas de Matrona
11 plazas de Salud Mental
6 plazas de Enfermería del trabajo
0 plazas de Enfermería pediátrica
23 plazas de Enfermería familiar y comunitaria
0 plazas de Enfermería geriátrica

Oferta de plazas de la Conselleria de Sanidad en la convocatoria 2016/2017

44 plazas de Matrona
11 plazas de Salud Mental
6 plazas de Enfermería del trabajo
0 plazas de Enfermería pediátrica
24 plazas de Enfermería familiar y comunitaria
0 plazas de Enfermería geriátrica
Total: 85 plazas

Oferta de plazas de la Conselleria de Sanidad en la convocatoria 2015/2016

42 plazas de Matrona
11 plazas de Salud Mental
6 plazas de Enfermería del trabajo
0 plazas de Enfermería pediátrica
21 plazas de Enfermería familiar y comunitaria
0 plazas de Enfermería geriátrica
Total: 80 plazas

Oferta de plazas de la Conselleria de Sanidad en la convocatoria 2014/2015

51 plazas de Matrona
11 plazas de Salud Mental
6 plazas de Enfermería del trabajo
0 plazas de Enfermería pediátrica
24 plazas de Enfermería familiar y comunitaria
0 plazas de Enfermería geriátrica
Total: 92 plazas

Oferta de plazas de la Conselleria de Sanidad en la convocatoria 2013/2014

51 plazas de matrona
11 plazas de Salud Mental
6 plazas de Enfermería del trabajo
0 plazas de Enfermería pediátrica
24 plazas de Enfermería familiar y comunitaria
0 plazas de Enfermería geriátrica
Total: 92 plazas

Si en años anteriores el Sindicato ya se quejaba de la escasez de plazas convocadas, **estos dos últimos años con más razón, ya que esta organización sindical confiaba en que este gobierno autonómico fuera más sensible a la acuciante necesidad de enfermeras especialistas**, lo que finalmente vemos que sigue sin producirse.

De igual manera, **SATSE considera imprescindible un estudio riguroso de las necesidades de enfermeras especialistas que requiere el sistema sanitario valenciano**, porque, en caso contrario, la oferta siempre será arbitraria y no sujeta a ningún criterio válido de planificación y organización de recursos humanos de enfermería.

EL CECOVA DENUNCIA EL DESCENSO DE PLAZAS PARA EL EIR EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

- **Se ha pasado de 85 a 81 a pesar del incremento cercano al 6% que se ha producido a nivel nacional**

El BOE ha publicado la orden por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada para enfermeras con un incremento cercano al 6% a nivel nacional respecto a los puestos ofertados el pasado ejercicio, habiéndose pasado de 994 plazas en la anterior convocatoria a 1.051 en esta.

Sin embargo, a pesar de este aumento de plazas ofertadas, la Comunidad Valenciana presenta un descenso de las mismas pasando de las 85 en la convocatoria 2016/17 a las 81 en este ejercicio.

Desde el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) queremos denunciar que esta disminución de la oferta formativa en plazas EIR en nuestro entorno evidencia, una vez más, la falta de voluntad de nuestros dirigentes por potenciar las especialidades de Enfermería.

Así, mientras a nivel nacional se elevan hasta 1.051 las plazas en las 6 especialidades convocadas, en la Comunidad Valenciana se mantienen las cifras del año anterior en Salud Mental (11) y Enfermería del Trabajo (6) pero se reducen en Obstétrico-Ginecológica (de 44 el pasado ejercicio a 41 en el 2017/18) y Enfermería Familiar y Comunitaria (de 24 a 23).

El mayor descenso de plazas se produce en la provincia de Alicante donde, a excepción de Salud Mental en la que se mantienen 3 plazas, el resto de especialidades ven reducidas el número de plazas convocadas.

Solo se incrementan las plazas del EIR en Obstétrico-Ginecológica en Castellón, que pasa de 4 puestos el pasado ejercicio a 5 el presente, y en Enfermería del Trabajo en Valencia, que de 3 plazas en 2016/17 convoca ahora 5.

El CECOVA considera además de insuficientes las plazas ofertadas un agravio para nuestro colectivo el descenso del número de plazas para formación de enfermeras especialistas en la Comunidad. Una actitud que evidencia, una vez más, la escasa consideración de nuestros dirigentes políticos a la profesión de Enfermería en general y a las especialidades enfermeras en particular.

Desde el Consejo Autonómico siempre se ha reivindicado la apuesta por las especialidades enfermeras como un beneficio general tanto para el sistema sanitario como para la sociedad. De hecho, es constante la petición del CECOVA de creación de las unidades docentes de las que todavía carece la Comunidad Valenciana, así como la catalogación de plazas para enfermeras especialistas en el sistema sanitario público.

SATSE insiste en que el Real Decreto de Prescripción Enfermera de 2015 impide que administren vacunas sin prescripción previa del médico

LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE CASTILLA Y LEÓN NO PUEDE OBLIGAR A LAS ENFERMERAS A SALTARSE LA LEY CON LAS VACUNAS DE LA GRIPE

- **Se trata de una cuestión política que el Ministerio de Sanidad no ha solucionado en tres años porque no ha habido intención política para solucionarlo.**
- **SATSE también recuerda que los dispositivos de las vacunas deben ser bioseguros para el personal enfermero.**

El Sindicato de Enfermería, SATSE, de Castilla y León, recuerda un año más a la Consejería de Sanidad que las vacunas antigripales que se suministren a los centros de salud de esta Comunidad dentro de la próxima campaña de vacunación deben **cumplir la normativa europea y española relativa a la bioseguridad** que debe existir para evitar riesgos laborales para los profesionales de enfermería, al tiempo que alertan al consejero de Sanidad de la Comunidad, **Antonio Sáez Aguado, de que su departamento no puede obligar a los profesionales enfermeros a saltarse la normativa vigente en la administración de las vacunas, que debe hacerse con una previa prescripción individualizada de un médico. Lo contrario podría tener consecuencias penales para los enfermeros.**

Las vacunas que se suministren a los centros de salud deben cumplir la Directiva 2010/32/UE, del Consejo, de 10 de mayo de 2010, que aplica el Acuerdo Marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario (2010) y la Orden ESS/1451/2013, de 29 de julio, por la que se establecen disposiciones para la prevención de esas lesiones. La vacuna antigripal es un medicamento de uso humano de prescripción médica, clasificado por la Agencia Española del Medicamento y en base al art. 2 del RDL1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. El Real Decreto 954/2015 de Prescripción Enfermera establece en su artículo 3 que, para que un enfermero pueda realizar la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos de uso humano sujetos a prescripción médica será necesario que el médico haya determinado previamente el diagnóstico, la prescripción y el protocolo o guía de práctica clínica y asistencial a seguir, validado conforme a lo establecido en el artículo 6 (del RD 954/2015).

Además, una sentencia de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco de finales de julio de este año suspendió una instrucción del Servicio Vasco de Salud en este sentido y determinó que los enfermeros no podrían vacunar a la población sin prescripción médica previa. Por este motivo, SATSE Castilla y León recuerda al consejero de Sanidad que no puede obligar a profesionales sanitarios como los de enfermería a obviar la legislación vigente para garantizar la asistencia sanitaria porque supone descargar sobre ellos una responsabilidad que no les corresponde y someterles al riesgo de que se les acuse de cometer una ilegalidad. Asimismo, esto último y la sentencia del País Vasco implican que la Consejería no debe publicar unas instrucciones que obliguen a la enfermería a administrar la vacuna de la gripe contraviniendo la legislación con el argumento de que es una cuestión de salud pública, cuando la campaña de la gripe es una circunstancia que se repite año a año y que debe estar planificada conforme a la ley. El consejero no debe desviar la atención de la opinión pública sobre la responsabilidad que el Ministerio de Sanidad y su Consejería tienen en una cuestión de este tipo y SATSE considera paradójico, como poco, que una administración pública obligue a sus empleados públicos a vulnerar la ley.

Hay un Real Decreto aprobado en 2015 y ha habido tiempo suficiente para que esta cuestión se hubiera subsanado, pero no ha habido voluntad política en el Ministerio de Sanidad para solucionarlo. En este sentido, SATSE lleva alertando desde entonces de las consecuencias legales que ese Real Decreto tenía para la asistencia sanitaria y para la profesión enfermera, así como que limitaba las competencias de una profesión capacitada para ello como es la de enfermería. **SATSE insiste: hasta que no resuelva el Ministerio y se modifique la normativa existente, no se puede obviar la legislación vigente.**

La querrela fue presentada por el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia

NUEVA SENTENCIA POR INTRUSISMO PROFESIONAL: UNA PROTÉSICA DENTAL, CONDENADA POR EJERCER DE DENTISTA

- **El juzgado condena a la acusada al pago de una multa de 840 euros, aunque el fallo no es firme.**
- **En su laboratorio practicó intervenciones que sólo pueden realizar los dentistas, como toma de impresiones y ajuste de prótesis confeccionada sobre la cavidad bucal.**

El juzgado de lo Penal número 1 de Valencia ha condenado por un delito de intrusismo profesional a una protésica dental que realizó funciones propias de un dentista en varias ocasiones. El fallo del juzgado condena a la acusada a una pena de 3 meses y 15 días de multa con una cuota de 8 euros diarios y al pago de las cosas procesales, aunque la sentencia todavía no es firme ya que contra la misma cabe recurso de apelación.

Según la sentencia, la acusada es propietaria de un laboratorio de prótesis dental en Valencia, donde practicó en la boca de dos pacientes intervenciones que sólo pueden realizar los dentistas, como toma de impresiones y ajuste de prótesis confeccionada sobre la cavidad bucal.

La querrela fue presentada por el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia y la Consellería de Sanidad corroboró tras una inspección que la acusada tenía en su laboratorio un sillón dental, sala de espera y recepción de pacientes.

El Dr. Óscar Castro Reino, presidente del Consejo General de Dentistas, recuerda que el protésico dental es el responsable de elaborar la prótesis dentaria pero siempre siguiendo las instrucciones del dentista, que es el único profesional cualificado para tocar la boca del paciente. “El protésico dental es un profesional que no tiene labores asistenciales asignadas. No puede trabajar sobre la boca del paciente porque no tiene ni los conocimientos ni la titulación requerida. Y si lo hace, está cometiendo un delito y poniendo en riesgo la salud de los pacientes”, añade el máximo responsable de la Organización Colegial.

Asimismo, el Dr. Castro alerta a la población para que “ante la más mínima duda, se pongan en contacto con el Colegio de Dentistas de su demarcación territorial para comprobar que el profesional que le atiende está colegiado y, por lo tanto, facultado para tratarle”.

Por último, el Consejo General de Dentistas de España insta a las autoridades españolas a endurecer las penas por este tipo de delitos para que sean verdaderamente disuasorias, puesto que cuando una persona no está capacitada para ejercer de dentista y aun así lo hace, está poniendo en serio riesgo la salud del paciente.

Mesa Redonda de los *Alumni Healthcare* del IE Business School

SOSTENIBILIDAD Y VALOR: RETOS PARA EL SNS



Se ha celebrado en Madrid la Mesa Redonda: “Sostenibilidad y valor: retos para el SNS”, organizada por el IE *Alumni Healthcare Club*, que regularmente organiza encuentros de actualidad. El acto estuvo coordinado y moderado por el Socio de la práctica *Life Sciences/Healthcare* de Odgers Berndtson Iberia, Luis **Truchado**.

En primer lugar intervino **Máximo Gómez**, Country Manager de Johnson&Johnson Vision para Iberia, que comenzó su presentación marcando las diferencias entre el sector público y privado, así como su complementariedad en muchas regiones y tratamientos.

Centró la descripción de ese concepto tan actual del *Value-based Healthcare* en base a la definición de Michael Porter, ya en 2006: la medición debe siempre contar con el paciente, que pasa así a estar en el foco. Máximo describió la relevancia del *International Consortium for Health Outcomes Measurement* ICHOM que ha definido 21 condiciones médicas que ya tienen un estándar de medición y puso ejemplos como las **cataratas** o la **Enfermedad Inflamatoria Intestinal**. La necesaria transparencia conduce a la mejora continua y la compra por valor requiere que todos los agentes estén alineados.

A continuación, aportó una perspectiva muy práctica **María Vila**, Presidenta de Medtronic para España y Portugal, que ofreció también ejemplos muy prácticos. Comenzó comentando el menor porcentaje del PIB destinado a salud en España comparado con nuestros vecinos europeos.

Este hecho, combinado con que las expectativas de envejecimiento crecen, y con ello las necesidades de tratamientos crónicos, supone un reto para la sostenibilidad del sistema sanitario.

Para afrontar este reto, el sistema sanitario ha de pasar de pagar por productos y servicios a pagar por valor: mejoras en resultados que valoren los pacientes, a un menor coste. Hay muchas oportunidades de mejora de la eficiencia, y en muchos casos trabajar en mejorar la eficiencia conlleva directamente un aumento de la calidad y de los resultados para los pacientes. También comentó la necesidad de que la industria se implique en esa búsqueda de eficiencia, y en aportar soluciones multifactoriales que aporten valor a la gestión completa de cada enfermedad y no sólo a cada parte del proceso de la misma. Puso como ejemplo la tecnología para abordar el **ictus**, que puede salvar vidas y eliminar las secuelas de enfermedad, pero requiere un abordaje integral que no sólo consiste en aportar tecnología, sino que incluye la logística, prevención, rehabilitación e incluso la formación y comunicación a la población. Esta transformación del sistema requiere la promoción de nuevos modelos de contratación pública innovadora. Ofreció ejemplos ya exitosos como la **monitorización remota** de pacientes con implantes cardíacos, el cuidado crónico de la **diabetes** en centros especializados con ahorros potenciales del 9% y mejora en el estado de los pacientes, o la gestión integral del tratamiento de la **obesidad**.

A continuación, **Javier Ellena**, Presidente de Lilly para España, Portugal y Grecia destacó la aportación de valor en la oferta, particularmente con los nuevos tratamientos biológicos que aportan soluciones todavía más novedosas e incluso disruptivas como ha sido el caso de los tratamientos para la **hepatitis C**. El paciente ha ganado un gran protagonismo y el sector viaja hacia la medicina personalizada. La mayor complejidad implicará un aumento de los costes, que se traducirá en un incremento del gasto en salud, poniendo en peligro la sostenibilidad.

Hablando de equidad, las diferencias entre Comunidades Autónomas son llamativas y en el plan 2020 se plantea un gasto creciente, pero por debajo del crecimiento del PIB. Existe un *gap* para mantener sostenible nuestro Sistema de Salud. Respecto a ese *gap* de la financiación sanitaria; algunos partidos políticos lo cifran en unos €8.000 millones o plantean la necesidad de invertir como mínimo un 7% del PIB (versus el 5.57% que plantea el Plan de Estabilidad 2020 presentado por España en Europa).

Finalmente, como ya es habitual durante las participativas mesas redondas del IE *Healthcare* Club, los asistentes preguntaron y debatieron con interés sobre estos temas y otros relacionados, cómo compra pública innovadora, obsolescencia de equipos hospitalarios y la necesidad de orientarse hacia la eficiencia, sin quedarse en la cifra de gasto, pues ya hay muchos datos disponibles y ahora hay que elaborarlos y usar el *Big Data*. Se hace necesaria la búsqueda del *insight*, identificar las necesidades no cubiertas.

A continuación, se sirvió una copa de vino español por cortesía de **EuroGalenus** firma consultora de búsqueda de directivos especializada en *Life Sciences*, durante la cual se pudo hacer *networking* presencial y charlar más distendidamente entre ponentes, *alumni* y asistentes.

35 PROFESIONALES SE BENEFICIAN DE LAS BECAS PARA EL MÁSTER DE ONCOLOGÍA MOLECULAR DE LA UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS

- Roche y Lilly, empresas líderes en investigación, reafirmaron en la entrega de las becas su apuesta por la investigación y la educación médica, en la que también participó la Asociación Española Contra el Cáncer.
- Los becados estudiarán en profundidad las bases moleculares del cáncer y su implicación en los últimos avances en diagnóstico y terapias.



La Universidad Rey Juan Carlos (URJC) acogió el pasado jueves la entrega de las Becas de Excelencia para su máster de Oncología Molecular (MOM). Este programa de becas cuenta con el apoyo de Roche y Lilly, dos compañías comprometidas con la educación médica y la retención del talento investigador así como con la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC).

El acto estuvo presidido por Maravillas Izquierdo, Subdirectora General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y contó con la presencia de la Dra. Annarita Gabriele, directora médica de Roche Farma España; María José Lallena, directora del área de Biología del Centro de I+D de Lilly España; Ignacio Muñoz, presidente de la Fundación Científica de la AECC; José María Álvarez Monzoncillo, vicerrector de la URJC y la doctora Mónica López Barahona, directora general y académica del Máster de Oncología Molecular, entre otras personalidades.

En su discurso, Gabriele destacó que “la apuesta del Grupo Roche por España es evidente, tanto en la formación de profesionales como en la actividad investigadora que desarrollamos en este país. **Apostamos por la formación de calidad para lograr que nuestros profesionales sean reconocidos y deseen desarrollar su actividad profesional en España**, por eso apoyamos la retención del talento con proyectos que evidencian nuestro compromiso”.



La directora médica de Roche Farma España reafirmó el apoyo estratégico de la compañía a la educación médica y al fomento de la actividad investigadora, algo **necesario para poner a disposición de los pacientes terapias capaces de combatir la enfermedad**. Los éxitos y retos alcanzados por la compañía se sustentan claramente en el desarrollo de una Oncología de Precisión, ofreciendo a cada paciente lo que realmente necesita en función de sus características individuales, para lo que es básico y absolutamente necesario el conocimiento molecular.

María José Lallena, directora del área de Biología del Centro de I+D de Lilly España, ha puesto de manifiesto el compromiso de Lilly con la investigación, “a la que dedica casi una cuarta parte de su facturación mundial, compromiso que se mantiene también en España con un enfoque de **colaboración con otras instituciones científicas**”, a lo que ha añadido: “Somos conscientes de que el futuro de la investigación de nuestro país pasa por que los jóvenes tomen el relevo y mantengan el nivel de excelencia del que hoy nos sentimos orgullosos”. Fruto de este esfuerzo investigador impulsado por ambas compañías es el cambio de paradigma que se ha producido en el tratamiento de varios tipos de tumores, donde la mejora de calidad de vida de los pacientes e incluso la curación en algunos casos es un hecho.

Formación de vanguardia en Oncología

Estas becas de excelencia entregadas en la URJC permitirán una formación de vanguardia en Oncología Molecular a 35 profesionales de todas las regiones de España. El Máster les ofrecerá una **visión multidisciplinar de la enfermedad tumoral**, que repercute positivamente en el aspecto asistencial, basándose en el conocimiento en profundidad de las bases moleculares del cáncer y su implicación en los últimos avances en diagnóstico y terapias.

El Máster cuenta con sesenta créditos ECTS, tiene una duración de un año y se imparte a distancia. Está dirigido a médicos especialistas o residentes de Oncología, Anatomía patológica, Hematología o Radioterapia y está abierto también a licenciados no médicos del ámbito sanitario que tengan un interés o un vínculo profesional con la Oncología. Los alumnos tendrán acceso a los conocimientos básicos sobre el origen y desarrollo de los cánceres y a la metodología de la investigación básica y clínica oncológica y conocerá los patrones de expresión fenotípica de los tumores, así como otros abordajes terapéuticos basados en vías moleculares implicadas en carcinogénesis. **Con este programa se brinda la formación de vanguardia que el especialista del área de Oncología requiere en el siglo XXI.**

53ª reunión anual de la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD)

EL ESTUDIO EXSCEL DE EXENATIDA SEMANAL DEMUESTRA UN PERFIL DE SEGURIDAD CARDIOVASCULAR (CV) FAVORABLE Y MENOS EVENTOS CV EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 CON UN AMPLIO RANGO DE RIESGO CV

- Se trata del estudio con la población de pacientes más amplia e inclusiva de todos los ensayos de resultados CV sobre cualquier GLP-1 con 14.500 pacientes de 687 centros en 35 países
- Los resultados completos del estudio se han presentado en la 53ª reunión anual de la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes (EASD) y se han publicado simultáneamente en *New England Journal of Medicine*

AstraZeneca ha anunciado los resultados completos del ensayo EXSCEL (*EXenatide Study of Cardiovascular Event Lowering*), que ha mostrado la seguridad cardiovascular (CV) de exenatida de liberación prolongada en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) con un amplio rango de riesgo CV. Estos resultados se han presentado en la 53ª reunión anual de la EASD y publicado simultáneamente en *New England Journal of Medicine*.

Exenatida una vez a la semana no aumentó la incidencia de riesgo de eventos cardiovasculares adversos mayores (MACE, por sus siglas en inglés), un criterio de valoración combinado de muerte CV, infarto de miocardio no fatal o ictus no fatal, comparado con placebo (Hazard Ratio [HR]: 0,91; 95% Intervalo de confianza [IC]: 0,83-1,00; $p < 0,001$ para no-inferioridad).

También se produjeron menos eventos observados en el brazo de exenatida del ensayo frente a placebo (839 [11,4%] frente a 905 [12,2%]), aunque el objetivo primario de eficacia de una reducción superior de MACE no alcanzó diferencia estadísticamente significativa por un escaso margen ($p = 0.061$). La dirección de los resultados cardiovasculares en el estudio EXSCEL fue consistente con los observados en ensayos recientes dentro de la clase de agonistas del receptor GLP-1.1 Además, en un análisis secundario preespecificado, los pacientes que recibieron exenatida presentaron un 14% menos de incidencia de muerte por todas las causas frente a placebo (HR: 0.86; 95% IC: 0.77-0.97).

El investigador Rury Holman, Profesor de la Unidad Médica de Diabetes y Director de la Unidad de Ensayos en Diabetes de la Universidad de Oxford, Reino Unido, señaló que *“las personas con diabetes tipo 2 tienen hasta 2 veces mayor riesgo de muerte por cualquier causa y 4 veces mayor riesgo de muerte cardiovascular en comparación con la población general, por lo que es imperativo que su tratamiento para la diabetes tipo 2 no incremente más su riesgo de enfermedad cardiovascular ni sus complicaciones.*

Los resultados del estudio EXSCEL demostraron que exenatida semanal podría usarse de forma segura en pacientes con diabetes tipo 2 con un amplio rango de riesgo cardiovascular y sugirieron un posible beneficio respecto a la mortalidad por todas las causas”.

Elisabeth Björk, Vicepresidenta y Directora de Enfermedades Cardiovasculares y Metabólicas del Departamento de Desarrollo Global de Medicamentos de AstraZeneca, afirmó que *“los resultados del estudio EXSCEL proporcionan importantes evidencias que apoyan el uso de exenatida semanal en una gran población de pacientes con diabetes tipo 2 con un amplio rango de riesgo cardiovascular. Este extenso estudio es representativo de nuestro compromiso para afrontar múltiples factores de riesgo o co-morbilidades asociadas con las enfermedades cardiovasculares y metabólicas y ayuda a informar a la práctica clínica para el beneficio de millones de pacientes con diabetes tipo 2”.*

Se han realizado múltiples análisis de sensibilidad, recalculando el resultado bajo presunciones alternativas, para determinar el potencial efecto de diferentes variables sobre el MACE, y fueron consistentes con todos los análisis principales. No se identificaron problemas de seguridad durante el ensayo EXSCEL y los datos fueron consistentes con el perfil de seguridad ya conocido de exenatida.

Específicamente, no se halló desequilibrio en retinopatía, una complicación microvascular habitual en diabetes tipo 2 y que puede conllevar discapacidad visual grave y ceguera.

EXSCEL es el estudio con la población de pacientes más amplia e inclusiva de todos los estudios de resultados CV llevados a cabo hasta la fecha sobre agonistas del receptor de péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1), con más de 14.500 pacientes en 687 centros de 35 países, incorporando la atención habitual y un amplio rango de criterios de elegibilidad.

Los resultados completos del estudio EXSCEL, incluyendo importantes criterios de valoración secundarios, análisis de sensibilidad y datos regionales, se han presentado en la 53^a reunión anual de la EASD y se han publicado simultáneamente en *New England Journal of Medicine*.

AstraZeneca está trabajando con las autoridades sanitarias para incluir estos datos en la ficha técnica de exenatida semanal. Exenatida semanal está indicada para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en combinación con metformina, sulfonilurea, tiazolidindiona, metformina y una sulfonilurea o metformina y una tiazolidindiona, en adultos que no hayan alcanzado un control glucémico adecuado con las dosis máximas toleradas de estos tratamientos orales.

CONSTRUYAMOS JUNTOS NUESTRO FUTURO

El Círculo de Empresarios, fiel a su compromiso con los intereses generales de los españoles y ante la evolución de los acontecimientos en Cataluña, desea pronunciarse de nuevo sobre el principal problema que hoy afronta España.

Aunque generada por una parte de la clase política catalana, esta deriva secesionista es, además de un problema político, un problema social y civil que está dividiendo a una sociedad que hace ya muchos años decidió reconciliarse. Resulta injustificable que quienes tienen la responsabilidad de gobernar una Comunidad propongan un proyecto que, además de ser inviable, divide a la sociedad, enfrentando hermanos contra hermanos y padres contra hijos, rompiendo amistades y relaciones profesionales, conduciendo al conjunto de la sociedad catalana a un auténtico precipicio. Utilizar las instituciones, que son de todos, para fines exclusivamente partidistas resulta un fraude a todos los catalanes y al resto de los españoles.

Decíamos hace casi dos años que cualquier intento de imponer un proyecto político al margen de la ley debe tener la respuesta firme de los poderes públicos, ya que éstos tienen la obligación y la responsabilidad de defender, con prudencia pero con firmeza, la Democracia y el Estado de Derecho frente a cualquier intento de burlarlos. También recordábamos que la única forma civilizada de resolver las naturales diferencias en una sociedad es a través del diálogo y en el marco de la Ley.

En estos difíciles momentos, el Círculo de Empresarios quiere, además de levantar su voz en favor del orden constitucional, hacer un llamamiento a todos los ciudadanos de Cataluña para frenar cuanto antes esta evolución de los hechos que a todos nos perjudica.

Una vez que se supere el clima de tensión e incumplimiento de la ley será el momento de revisar, con el sosiego y el consenso correspondiente, cuestiones de profundo calado que afectan no sólo a Cataluña sino al resto de las Comunidades Autónomas. España es una nación admirable, pero tiene ante sí grandes retos derivados de la profunda transformación que se está produciendo en el mundo. Por ello, los poderes públicos deben consensuar las grandes reformas que son necesarias, entre las que se encuentran la financiación de las Comunidades Autónomas y su mejor encaje en nuestro ordenamiento constitucional.

Es preciso reconocer que entre muchos ciudadanos de Cataluña existe un sentimiento de malestar, que es necesario gestionar. Debemos recordar los beneficios y las ventajas de caminar juntos como se ha hecho durante siglos. Especialmente es necesario recordar que en los últimos 40 años hemos conseguido alcanzar unidos unos niveles de libertad, prosperidad, desarrollo económico y bienestar social sin precedentes en nuestra historia.

Cataluña es una de las regiones más prósperas de Europa y siempre ha sido para el resto de España una referencia por la que todos hemos sentido admiración y afecto. A Cataluña, la Historia lo demuestra, le ha beneficiado pertenecer a España. Una hipotética secesión perjudicaría a toda España, pero muy especialmente a Cataluña, no sólo por la ruptura de esa relación, sino también por dejar de pertenecer a la Unión Europea.

Nuestra prioridad debe ser formar parte de la consolidación del proyecto europeo, que haga posible que nuestra cultura compartida, sustentada en el Estado de Derecho y el imperio de la Ley, haga oír su voz en el mundo. Y para participar en ese proyecto, resulta necesario superar este malestar, restableciendo un clima de acuerdo y confianza que nos permita concentrarnos en el diseño de un proyecto común, estimulante e inclusivo. Construir este futuro común se ve perturbado por las graves amenazas al orden constitucional. Por ello, el Círculo de Empresarios reclama y apoya el ejercicio responsable de los poderes del Estado para garantizar el correcto funcionamiento de las instituciones públicas, y, en definitiva, el respeto al Estado de Derecho. Solo desde estas bases será posible acometer ese proyecto de país que ilusione y vertebralice a toda la sociedad española.

SANIFAX

La figura del día

JAVIER VEGA DE SEOANE Y JOHN DE ZULUETA,
(JUNTA DIRECTIVA DEL CÍRCULO DE EMPRESARIOS)



EXCELENTE NOTA DE POSICIONAMIENTO SOBRE CATALUÑA

- **COMO NUESTROS LECTORES MÁS FIELES SABEN, SANIFAX TIENE EN SU FILOSOFÍA COMO MEDIO VARIOS PRINCIPIOS SOCIALES QUE SIGUE "A RAJATABLA". UNO DE ELLOS ES EL APOYO Y APLAUSO AL POSICIONAMIENTO DE MUJERES DEL SECTOR EN PUESTOS DIRECTIVOS INTERNACIONALES DE SUS COMPAÑÍAS. NO POR FEMINISMO, SINO POR LÓGICA Y JUSTICIA. Y OTRO, EL DE ALENTAR Y APLAUDIR LA PRESENCIA DE DIRECTIVOS SANITARIOS EN INSTITUCIONES DE REPRESENTACIÓN SOCIAL, ALGO QUE DE UN TIEMPO A ESTA PARTE POR FIN SE ESTÁ DANDO, COMO OCURRE CON JUAN LÓPEZ BELMONTE Y EDUARDO PASTOR EN LA CÁMARA DE COMERCIO DE MADRID; O CON JAVIER VEGA DE SEOANE (DKV SEGUROS) Y JOHN DE ZULUETA EN LA JUNTA DIRECTIVA DEL CONOCIDO CÍRCULO DE EMPRESARIOS.**
- **EL VIERNES, EN UN MOMENTO MUY DELICADO PARA LA HISTORIA DE NUESTRO PAÍS, EL CÍRCULO DE EMPRESARIOS HA EMITIDO UNA NOTA DE POSICIONAMIENTO SOBRE LA GRAVE CRISIS DE CATALUÑA. LA SOCIEDAD EN GENERAL SE HABÍA QUEDADO SORPRENDIDA DE LA TIBIEZA 48H ANTES DE LA CEOE, GRAN ÓRGANO DEL SECTOR. PERO LA NOTA DEL CIRCULO DE EMPRESARIOS HA VENIDO A SENTAR LÓGICA Y COHERENCIA SOBRE LA SITUACIÓN. EN ESA JUNTA, JAVIER VEGA DE SEOANE, EN CALIDAD DE PRESIDENTE DE LA MISMA Y DE DKV SEGUROS, COMO JOHN DE ZULETA, UN HOMBRE CON MÁS DE 30 AÑOS DE EXPERIENCIA COMO DIRECTIVO DENTRO Y FUERA DEL SECTOR SANITARIO, HAN SIDO FUNDAMENTALES PARA QUE CADA ARGUMENTO Y CADA VERBO FUERAN IMPLACABLES, CLAROS Y PROPORCIONADOS.**
- **VEGA DE SEOANE, QUE EN DKV ESTÁ HACIENDO UNA GRAN LABOR; Y JOHN DE ZULUETA, QUE SIEMPRE LA HA HECHO ALLÍ DONDE HA TRABAJADO, HAN SIDO MOTIVO DE ORGULLO PARA TANTISIMOS GESTORES DEL SECTOR, QUE NO SÓLO SE HAN SENTIDO REPRESENTADOS POR ELLOS EN UNA CUOTA, SINO TAMBIÉN EN EL ORGULLO DE TENERLES COMO VOZ AUTORIZADA Y EJEMPLAR. PARA ALGUNOS PASARÁ ALGO DESAPERCEBIDO LO QUE HAN HECHO. PARA SANIFAX, JAMÁS. Y POR ELLO HOY AMBOS MERECE SER SIN DUDA NUESTRAS "FIGURAS DEL DÍA".**

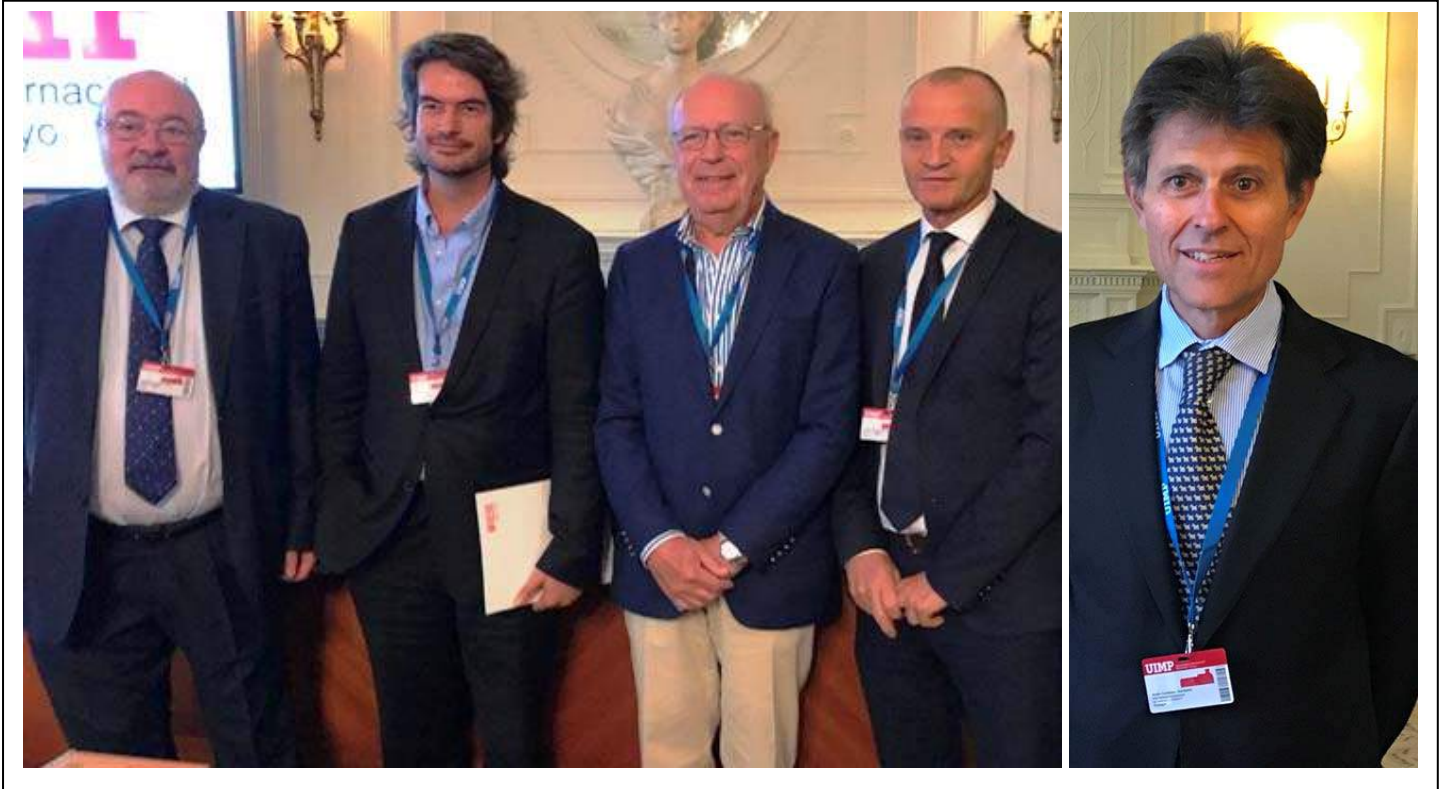
Con arreglo a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales han sido almacenados en nuestro fichero automatizado con el fin de remitirle información que puede ser o no comercial. Usted tiene derecho a acceder a sus datos almacenados en nuestro fichero de usuarios, rectificarlos, así como oponerse a su tratamiento. Para ejercitar su derecho de acceso, modificación, cancelación u oposición a su tratamiento le rogamos lo haga a través del correo electrónico a sanifax@sanifax.es



EL MUNDO



ABC



Arriba, la Mesa de Jefes de Servicio y gestores, francamente interesante, con Jesús Molinuevo (ALCER), Carlos Mur (Hospital Fuenlabrada), Eduardo Díaz Rubio y José Ramón González Juanatey (cuyas presentaciones ofrecemos íntegras en Dossier Especial). Y a la derecha, Humberto Arnés, que estuvo muy bien en la clausura. Abajo, Eduardo Díaz Rubio con Mónica Ausejo (Bristol Myers) y el Rector César Nombela, que presidió el acto de clausura, con Antonio Mingarro.



Arriba, Carlos Mur y González Juanatey con José Ramón Yagüe (Farmaindustria). Y debajo de ellos, José Vicente Galindo y María Ángeles, de Esteve. A la derecha, Beatriz Vicén, de Bayer, que estuvo al pie del cañón jueves y viernes sin perderse una sola ponencia. Y abajo, los ponentes de la Mesa de Experiencias en Resultados en Salud, que moderó Manuel García Goñi con Javier Rejas, Pablo Rebollo (Quintiles IMS), el psicólogo Miguel Ángel Ruiz y Antonio Dedeu como buenos ponentes.

Las informaciones, comentarios, y bromas de esta sección son enviadas o comentadas por nuestros lectores, siempre en tono de humor y sin mala intención. Sanifax no se hace responsable de las opiniones de nuestras "avisas", aunque respeta su libertad de expresión.



El Avispero

SI INTERESANTE FUE LA PRIMERA JORNADA DEL FORO DE FARMAINDUSTRIA EN SANTANDER, DE ENORME INTERÉS RESULTO TAMBIÉN LA SEGUNDA, CON DOS MESAS BIEN DIFERENCIADAS. EN UNA, LOS JEFES DE SERVICIO Y GESTORES CONTANDO SUS VICISITUDES PARA LOGRAR MEDIR RESULTADOS Y COMPARARSE. EN ELLA ESTUVIERON A GRAN NIVEL EL JOVEN CARLOS MUR (HOSPITAL DE FUENLABRADA) Y EL JEFE DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, EDUARDO DÍAZ RUBIO. TAMBIÉN EL EX PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE CARDIOLOGÍA, GONZÁLEZ JUANATEY. A CARLOS MUR LE FALLÓ LA PRESENTACIÓN Y POR ESO RECOGEMOS ÍNTEGRAS SUS PALABRAS. Y DE DÍAZ RUBIO Y JUANATEY SÍ LAS OFRECEMOS ÍNTEGRAS, JUNTO CON UNA RESPUESTA DE DÍAZ RUBIO MUY DIRECTA A UNA GRAN PREGUNTA DE JOSÉ RAMÓN YAGÜE (FARMAINDUSTRIA). TAMBIÉN LLAMAMOS SU ATENCIÓN SOBRE EL CASO PRÁCTICO QUE PRESENTÓ PABLO REBOLLO (QUINTILES IMS), QUE REFRENDÓ QUE EN EL EQUIPO DE CONCHA ALMARZA HAY GRANDES PROFESIONALES.

LA PUBLICACIÓN DE ESTAS PRESENTACIONES, JUNTO CON LA DE LAS LISTAS DE ESPERA DEL SAS (DE LAS QUE HABRÍA MUCHO QUE DECIR), NOS FUERZA A NO PODER CUMPLIR NUESTRA PROMESA DE PUBLICAR HOY DOS BUENOS INFORMES: UNO DE LA FIP, PRESENTADO EN SU CONGRESO MUNDIAL EN SEÚL. Y OTRO DEL CONSEJO GENERAL DE FARMACÉUTICOS, CON SU MEMORIA DE SOSTENIBILIDAD DEL PASADO AÑO, QUE SIN FALTA OFRECEREMOS EL MARTES.

EN CUANTO A FARMAINDUSTRIA, DESTACAR TAMBIÉN LAS INTERVENCIONES DE CÉSAR NOMBELA Y HUMBERTO ARNÉS EN LA CLAUSURA, QUE FUERON MUCHO MÁS ALLÁ DE UN DISCURSO MÁS Y SUPIERON APORTAR UN "BROCHE DE ORO" AL SIMPOSIO. NO LES OCULTAMOS QUE HA SIDO UN ESFUERZO TRANSCRIBIRLAS JUNTO CON TODO LO DEMÁS ESTE FIN DE SEMANA, PERO MERECIAN LA PENA Y SEGURO QUE SABEN APRECIARLAS.

EL JUEVES POR LA NOCHE, HABÍA CIERTA EXPECTACIÓN POR SABER LAS CENAS QUE SE ORGANIZARÍAN Y QUIÉN CENABA CON QUIÉN. POR EJEMPLO, EL "STAFF" DE FARMAINDUSTRIA, CON JESÚS ACEBILLO Y HUMBERTO ARNÉS AL FRENTE, SE FUERON A UN CONOCIDO RESTAURANTE. FUE UNA CENA RELAJADA, PERO QUE SIRVIÓ PARA SENTAR LAS BASES Y OBJETIVOS DE PRINCIPIOS DE CURSO JUNTO A JAVIER URZAY, EMILIO ESTEVE, ICIAR SANZ DE MADRID Y EL RESTO DEL EQUIPO. EN EL "MACHI", EL "DIRCOM" PACO FERNÁNDEZ Y ANTONIO GONZÁLEZ CENABAN CON LOS PERIODISTAS SANITARIOS QUE HAN CUBIERTO EL EVENTO. AL ACABAR SE FUERON A LA PLAZA DEL CAÑADIO A TOMAR UNA COPA, QUE EL JUEVES ESTABA HASTA ARRIBA DE JOVENES, YA QUE EL VIERNES ERA FESTIVO EN LA CIUDAD. Y HUBO OTRAS CENAS DE INTERÉS, COMO UNA EN "LA BOMBI" DE JUSTO MORENO Y EL JOVEN BORJA SMITH (SILO) CON OTROS DOS BUENOS ACOMPAÑANTES. Y CLARO, AL SER EN "LA BOMBI", COMPRARON SU LOTERÍA DE NAVIDAD. ASÍ QUE ATENTOS AL SORTEO...

LA ANÉCDOTA: JUAN LOPEZ BELMONTE CON SU FAMILIA EN LA INAUGURACION DEL WANDA



EL PRESIDENTE DE LA CÁMARA DE COMERCIO DE MADRID, DE LABORATORIOS ROVI; Y UNO DE LOS GRANDES PILARES DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA ESPAÑOLA, JUAN LÓPEZ BELMONTE, ACUDIO ESTE SÁBADO A LA INAUGURACION DEL NUEVO ESTADIO WANDA METROPOLITANO Y DISFRUTO JUNTO A SU MUJER, MERCEDES ENCINAS, Y DOS DE SUS NIETAS DE UN DIA HISTORICO: LA INAUGURACION DEL NUEVO ESTADIO DEL ATLÉTICO DE MADRID. ADEMAS, LÓPEZ BELMONTE LE CONTAGIO SU "BUENA ESTRELLA" Y SU SUERTE A SU ATLETI, QUE LOGRÓ SU PRIMER TRIUNFO HISTORICO EN EL NUEVO ESTADIO. CON EL REGOCIJO Y ALEGRIA DE TODA LA FAMILIA LOPEZ BELMONTE.